Herrn Dr. Da Fano
mit bestem Gruss
hochachtungsvoll
der Verf.
Berlin.

Aus der psychiatrischen Klinik in der Kgl. Charité.
Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Ziehen.

Die Wahnbildung bei der Melancholie.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

Von

Stefan Rosental
aus Warschau.



Berlin 1909.
Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)
Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. Ziehen.

I. Die klinische Grundlage.

Unter den psychischen Erkrankungsformen sind diejenigen am interessantesten, bei welchen gewisse Bestandteile des Seelenlebens primär verändert werden; denn die Zustandsbilder derartiger Geisteskrankheiten geben uns Auskunft darüber, welche Rolle das pathologisch veränderte Phänomen in dem psychischen Gesamtleben spielt, welche Wirkungsart und welchen Wirkungskreis es besitzt. So gibt uns das Krankheitsbild der Melancholie Aufschluß über die Beziehungen zwischen den Gefühlsvorgängen und den intellektuellen Prozessen; es sind in dieser Richtung die inhaltlichen Störungen des Vorstellungslebens, die Wahnvorstellungen, besonders wichtig als pathologische Erscheinungen, welche zugleich das Hauptsymptom anderer Erkrankungsformen darstellen; sie sind auch schon öfters Gegenstand der Forschung gewesen und sind verschiedenartig erklärt worden in Abhängigkeit von der Auffassung des Melancholiebegriffes. Denn trotz der vielen Umwandlungen, die im Laufe der letzten Dezennien der klassische Begriff der „Melancholie" erfahren hat, ist die Frage noch heute nicht endgültig gelöst; es herrschen noch ganz entgegengesetzte Meinungen sowohl in bezug auf die nosologische Stellung und klinische Abgrenzung der Melancholie wie auch in bezug auf Wesen und Genese der Symptome. Deshalb muß man, bevor man an die Analyse der Wahnvorstellungen bei Melancholie herangeht, das Gebiet der vorliegenden Untersuchung klinisch abgrenzen und sich über die Auffassung der Haupterscheinungen verständigen.

Pinel (1809) und Esquirol (1838) haben die Melancholie für eine Manomanie („délire partiel") gehalten. Baillarger (2) war der erste, welcher im Gegensatz dazu die Melancholie zu den „délires généraux" zugerechnet und als eine Krankheit beschrieben hat; er hat auch verschiedene klinische Varietäten derselben, unter andern auch die Form mit Wahnideen, die „mélancolie délirante" erkannt. Mit der Zeit aber hat sich die große von Baillarger aufgestellte Gruppe, welche „tous les cas de dépression des facultés intellectuelles ou morales" umfassen sollte, immer verkleinert, da es sich mit den Fortschritten der klinischen Forschung herausgestellt hat, daß derartige Bilder im Verlaufe anderer durch ihren Ausgang gut charakterisierter Psychosen, wie hauptsächlich der verschiedenen organischen Demenzarten (bei Paralyse, Katatonie, Epilepsie), vorkommen können. Dann wurde 1850 das zirkuläre Irresein von Falret beschrieben; und in dieser Weise

ist die große bis heute nicht gelöste Streitfrage entstanden, *ob die Melancholie überhaupt eine selbständige Krankheit darstelle oder nur ein Zustandsbild, Syndrom oder Symptom sei, das im Verlaufe verschiedener Psychosen sich entwickelt.* Während in Deutschland Schüle (47), Krafft-Ebing (31), die Schule von Karl Westphal, Wernicke und Ziehen und in Frankreich Magnan mit seinen Anhängern annehmen, daß außer den melancholischen oder der Melancholie ähnlichen Zuständen, welche in verschiedenen organischen und funktionellen Psychosen zum Vorschein kommen, eine durch ihre Symptome gut charakterisierte Krankheit existiert, teilen viele andere Autoren die schon 1860 von Morel (41) ausgesprochene Meinung, daß die Melancholie nichts anderes sei ,,qu'un ensemble de symptômes", und dort, wo sie das Bild einer ,,reinen Melancholie" darstellt, handle es sich nur um einen Zustand, in welchem das melancholische Syndrom dominiert und von anderen Symptomen nicht begleitet wird. Kräpelin (33) hat bis vor kurzem behauptet, daß außer des depressiven Zustandsbildes im Verlaufe seines manisch-depressiven Irreseins, einer großen nosologischen Entität, auch eine auf das Rückbildungsalter beschränkte Psychose existiert, die sich durch die ängstliche Verstimmung und weitgehende Wahnbildungen auszeichnet, und für welche er den Namen ,,Melancholie" beibehalten hat. Neuerdings aber hat Dreyfuß (12) auf Grund der katamnestischen Untersuchungen des Materials der Heidelberger Klinik nachweisen wollen, daß die s. Z. von Kräpelin als Melancholie diagnostizierten Fälle zur Gruppe des manisch-depressiven Irreseins gehören. So hat er und viele andere Kräpelin sche Schüler den Begriff der als besondere Krankheit aufgefaßten Melancholie aufgegeben und sich der schon früher von Thalbitzer (59) ausgesprochenen Meinung angeschlossen, daß Melancholie nur ein Zustandsbild des ,,Stimmungsirreseins" (nach Benennung Thalbitzers) anzusehen sei. Die meisten neueren Arbeiten auf diesem Gebiete nähern sich der Anschauung von Morel (41). So behauptet Forster (15), daß mit Hilfe irgendwelcher biologischen Methoden sich keine bestimmte Krankheit ,,Melancholie" feststellen und abgrenzen lasse; der Begriff wird nur dann gebraucht, wenn in einer gewissen Hintereinanderfolge eine bestimmte Reihe von Symptomen aufzutreten pflegt, also rein klinisch. Roubinovitsch und Toulouse (46) opfern dieser Frage ein ganzes Kapitel ihrer Monographie; sie sind ziemlich vorsichtig in bezug auf definitive Ansicht und sagen nur in der Schlußfolgerung: ,,le domaine de la mélancolie considérée, comme une entité morbide, tend à se reduire de plus en plus". Dagegen meint Masselon (40): il n'existe pas une mélancolie, il n'existe que des états mélancoliques".

Bei der Beurteilung der ganzen Streitfrage fällt auf, daß viele Mißverständnisse infolge verschiedenartiger Auffassung der Begriffe Krankheit, Syndrom usw. entstanden sind. Beim heutigen Stand der Forschung ist es vorläufig schwierig, alle Erkrankungsformen genau zu

differenzieren und zu gruppieren; auf dem hier zu behandelnden Gebiete der affektiven Psychosen gilt das insbesondere. Trotz der Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs ist es unmöglich, überhaupt von einer nosologischen Einheit zu sprechen; denn, wenn dieselbe auf Grund der klinischen Symptome aufgebaut wird, so müßte man entweder nur die typischen Formen, die alle Symptome zeigen, anerkennen, also die Grenzen viel zu eng stellen; oder bei ausgedehnter Berücksichtigung der abortiven Fälle können sehr leicht zu dieser Entität auch die in ihr Gebiet nicht gehörigen Fälle zugerechnet werden. Nehmen wir zum Vergleich die „formes frustes“ der multiplen Sklerose, deren nosologische Stellung ohne die pathologisch-anatomischen Kenntnisse über das Wesen der Krankheit manchmal kaum zu erkennen war! Wir werden deshalb, besonders mit Rücksicht auf das Gebiet der funktionellen depressiven Psychosen, die zu keiner bekannten organischen Entität gehören, von einer Krankheit dann sprechen, wenn, wie es Ziehen (69) definiert hat, gewisse bestimmte Krankheitszustände, also Hauptsymptome mit Sekundärerscheinungen, sich selbständig in gewisser Reihenfolge entwickeln und entsprechend verlaufen. Dieser Auffassung konnte man den Vorwurf einer rein symptomatologischen Betrachtung machen. Man soll dabei aber nicht vergessen, daß, wie es Ziehen selbst betont (68) „unsere Untersuchungen noch nicht gewachsen sind der Schwierigkeit der Klassifikation“, und daß eine definitive Einteilung unmöglich sei; eine derartige Auffassung ist nur eine „vorläufige Verständigung der Terminologie, die nicht für ewige Zeiten gelten kann, sondern die sich den Forschern, der Forschung anpassen muß“. Der Begriff der Melancholie bleibt deshalb „une étiquette provisoire“ (wie es Masselon genannt hat) für alle diejenigen melancholischen Erkrankungsformen, deren Wesen uns noch unbekannt bleibt, die sich in irgendeine pathologisch gut umschriebene Krankheitsgruppe nicht einreihen lassen.

Man kann aber der Frage nach dem Wesen der verschiedenen Abarten der Melancholie etwas nähertreten durch die Berücksichtigung des individuellen Bodens, auf welchem die Psychose sich entwickelt hat; in dieser Beziehung hat sich die Ziehensche Lehre von den psychopathischen Konstitutionen als außerordentlich zweckmäßig erwiesen. Man soll darunter verstehen chronische Krankheitszustände, mit affektiven und intellektuellen Störungen, aber ohne schwere Symptome, auf deren Boden sich nicht selten vollentwickelte Psychosen ausbilden können. Dieckhoff (9), Gaupp (20) und Stransky (56) haben weitgehende Modifikationen in Gestaltung der Krankheitsbilder, besonders auf dem Gebiete der affektiven Psychosen, unter dem Einfluß dieser „habituellen Anomalie“ (Stransky) festgestellt. Verschiedene Arten der letzten geben uns eben Aufschluß über eventuelle pathologische Entitäten, welche im Grunde der Fälle liegen und dadurch Krankheitsbilder erzeugen, welche mannigfaltig ausgebildet sind infolge verschiedener Intensität mancher Se-

kundärsymptome, aber alle gemeinsame Eigenschaften einer Melancholie besitzen.

Was die einheitlichen Hauptsymptome anbetrifft, so ist diese Frage ebenfalls zum Gegenstand zahlreicher Widersprüche geworden. Die älteren Autoren wie Griesinger (22), Krafft-Ebing (31) und Schüle (47) hielten eine affektive Veränderung, die traurige Verstimmung, für das einzige Primärsymptom und haben alle anderen Erscheinungen, namentlich auf dem Gebiete der Ideenassoziation, als sekundäre Folgen der Gemütsveränderung aufgefaßt. Dagegen Wernicke (61), von der Annahme ausgehend, daß der melancholische Prozeß in der Herabsetzung der Leistungsfähigkeit der Assoziationsbahnen, in einer „intrapsychischen Afunktion" besteht, betrachtet die Selbstwahrnehmung der erschwerten Willenstätigkeit, das subjektive Insuffizienzgefühl (das Gefühl des „gehemmten Ich") als das bedeutungsvollste Symptom der reinen „affektiven Melancholie". Die intrapsychische Afunktion ruft danach auch eine Abstumpfung der höheren „psychischen" Gefühle durch das Fehlen der dieselben unterhaltenden Assoziation der Wahrnehmung hervor; der Angstaffekt wird ebenfalls als eine Folge der Assoziationshemmung aufgefaßt. Daraus sieht man, daß Wernicke der *affektiven Melancholie* sehr enge Grenzen gezogen hat, welche ungefähr nur die „Melancolia passiva", die apathische Form und die Hypomelancholie von Ziehen umfassen, denn er hat kein Gewicht eben auf die Affektstörung, die Depression im Karnkheitsbilde, gelegt. Dafür hat er aber diejenigen Fälle, welche mit starkem Angstaffekt und weitgehender Wahnbildung einhergehen, und wo das Insuffizienzgefühl nicht scharf ausgeprägt ist, als *Angstpsychose* abgesondert, wohl aus ähnlichen Gründen, die seinerzeit Kräpelin zur Abtrennung der durch dominierende Traurigkeit und ängstliche Wahnvorstellungen charakterisierten Involutionsmelancholie vom manisch-depressiven Irresein geführt haben. Die Untersuchungen von Thalbitzer, Dreyfuß und Hübner haben diese Annahme Kräpelins nicht bestätigt. Demnach wird sich auch die Sonderstellung der Angstpsychose Wernickes, trotzdem ihr Krankheitsbild sich äußerlich von demjenigen der typischen Melancholie stark unterscheidet, als unnötig erweisen, besonders unter Zugrundelegung der Ziehenschen Definition, nach welcher sich die Melancholie durch zwei primäre Hauptsymptome, die Depression mit Angst und die Denkhemmung, auszeichnet, wobei häufig als das dritte Hauptsymptom die motorische Hemmung hinzutritt. Kräpelin nimmt ebenfalls an, daß bei dem manisch-depressiven Irresein sich die Störungen auf den Gebieten des Fühlens, Denkens und Wollens abspielen, wodurch die traurige Verstimmung, die Denk- und Willenshemmung als die Hauptsymptome des depressiven Zustandes anzusehen sind. Die Kardinalsymptome sind also miteinander koordiniert, die Hemmung ist nicht „sekundär", wie dies Krafft-Ebing (31) und Baillarger (2) behauptet hatten. Eine ähnliche Anschauung über

die Beziehungen zwischen der Depression und der Hemmung wird von A. Westphal und Roubinovitch et Toulouse vertreten; auch die Analyse der melancholischen Wahnvorstellungen spricht, wie wir es zu beweisen versuchen werden, für eine derartige Auffassung. Deshalb scheint etwas unplausibel die Ansicht von Kölpin (29) zu sein, welcher einerseits gesehen hat, daß in vielen Krankheitsbildern die beiden Kardinalsymptome vertreten sind, andererseits sich an die Klassifikation Wernickes halten wollte, und deshalb die meisten seiner Fälle als Mischform der Angstpsychose und Melancholie aufgefaßt hat.

Von allgemein-pathologischer Betrachtungsweise ausgehend, wonach die krankhaften Prozesse nicht immer mit allen ihren Symptomen einhergehen, sondern oft einseitige oder rudimentäre Bilder liefern, muß man annehmen, daß die *Melancholie ohne Angst und die Angstpsychose verschiedene Bilder derselben Krankheit sind.* Wenn die Depression stark ausgeprägt ist und bis zum Grade einer das Krankheitsbild beherrschenden Angst steigt, woran sich eine weitgehende Wahnbildung anschließt, so daß die Denkhemmung dadurch verdeckt sein kann (aber nicht prinzipiell fehlt, wie Wernicke und Kräpelin für seine Involutionsmelancholie behaupteten), so resultiert daraus ein Zustand der „Melancholia anxia" (Ziehen), welche der Angstpsychose von Wernicke und der „Angstmelancholie" (A. Westphal) entspricht.

Fall I. Frau Sophie L., 58 Jahre, Fischhändlerin, hat sich sehr darüber aufgeregt, daß ihr Sohn nach Amerika fuhr. Bald darauf wurde sie sehr unruhig, hat wenig gegessen; nachts konnte sie nicht schlafen, ist herumgelaufen und weinte; dabei wollte sie sich nicht ausziehen, da der Gerichtsvollzieher käme, um alles zu pfänden. Denn, nach Angabe der Pat., alles sei verschuldet dadurch, daß der Sohn nach Amerika ging. Der Zustand hat sich trotz der Rückkehr des Sohnes stufenweise verschlimmert. Die Angstanfälle haben sich gehäuft, dann wurden sie fast kontinuierlich. Fortwährend behauptete Pat., daß durch sie das ganze Geschäft zugrunde geht, daß alles sterben muß usw. Auch Suicidgedanken wurden geäußert. Infolgedessen, am 9. April 1908, wurde die Pat. in die Klinik eingeliefert.

Die körperliche Untersuchung ergibt nur Bronchitis und Arteriosklerose der peripheren Gefäße.

Psychischer Zustand: Zeitlich und örtlich ziemlich gut orientiert trotz der starken Angst, welche in dem Krankheitsbilde dominiert. Kein Intelligenzdefekt, keine Halluzinationen und Visionen.

„Weswegen hier?" — „Mein Schwiegersohn hat mich hergebracht, damit ich richtig bin. Ich habe ja gehandelt, und das darf man ja nicht, wenn man arm ist; das wird ja schwer bestraft. Ich habe das ganze Land verschuldet, und nun ist alles verarmt. Ich habe alles ruiniert, was auf der Welt ist, nun müssen wir alle sterben, Hungers sterben. Mein Mann ist ja gestorben, da habe ich mit meinen Kindern weiter gehandelt, dadurch sind die vielen Schulden gekommen, und nun ist alles weg. Ich habe ja mit keinem Geld angefangen zu handeln, und das ist lauter Betrug." — „Haben Sie die Fischer bezahlt?" — „Ja, wenn ich die Fische verkauft habe, so habe ich das Geld eben abgeschickt, und die Fischer haben sich gefreut, daß so flott verkauft wurde. Ja, wenn man ein großes Geschäft hat, so muß man auch Geld haben — (dazwischen trotzdem) — nun ist alles weg, ich bin der einzige Mensch in der ganzen Welt, der alles ruiniert hat . . ."

„Haben Sie Angst?" — „Ich fürchte vor einer großen Strafe." — „Welcher Strafe?" — „Ja, ich weiß da ja nun auch schwer, ich werde ja nun bestraft und alle

andern Menschen auch." — „Ich auch?" — „Sie auch, alle Menschen kriegen ihre Strafe und müssen Schweres leiden. — Ja, mein lieber Herr Doktor, Sie müssen auch sterben. — „Wann?" — Das kann ich nicht sagen."

Der schwere Angstzustand dauerte fortwährend, und ähnliche Wahnideen wurden die ganze Zeit in derselben Form geäußert. Dabei starke motorische Unruhe. Inzwischen hat die Pat. ein schweres Erysipel bekommen, und am 22. V. ging sie daran zugrunde.

Epikrise: *Eine im Rückbildungsalter stehende Frau erkrankte unter Einwirkung der Gemütserregungen an einer ängstlichen Verstimmung, welche mit zahlreichen Versündigungs- und Verarmungsideen und deren Kombination einhergegangen ist. Die Wahnbildung hat bei ausgeprägter Angst und motorischer Unruhe eine große Ausdehnung angenommen, der Kleinheitwahn steigerte sich bis zum „délire d'énormité" und „délire de négation". Es kam zur Bildung komplementärer Verfolgungsideen. Bei fortdauernder Angst Tod an interkurrenter septischer Erkrankung.*

Im Gegensatz zu einem derartigen Krankheitsbild wird in vielen, besonders in den rezidivierenden und zirkulären Fällen, die Depression nicht so stark ausgeprägt, so daß die Angstaffekte überhaupt nicht oder nur rudimentär zustande kommen; dadurch aber tritt die Assoziationshemmung deutlich hervor, da sie durch Angst nicht verdeckt wird und anscheinend das Krankheitsbild beherrscht. In dieser Weise entsteht die Melancholia passiva et levis (Ziehen), M. simplex (A. Westphal), und der Begriff der auf intrapsychischer Hemmung bestehenden „affektiven" Melancholie Wernickes wird verständlich.

Fall II. Frau Auguste K., 29 Jahre; vom 17. V. 08 bis 9. VI. 08.

Anamnese: Der Vater soll sehr ruhig und wenig heiter sein. Die Patientin selbst war immer leicht verstimmbar. Es war ihr alles gleichgültig, und wenn sie lachte, so war das unmotiviert. 1904 Partus eines unehelichen Kindes. 1906 Ehe; viele gemütliche Erregungen: Der Mann hat sie schlecht behandelt, im Anschluß daran Depression und Verfolgungsideen. („Es seien Leute im Zimmer, der Mann soll nicht fortgehen.") Nach vierwöchigem Aufenthalt in Buch als ungeheilt entlassen. Dann aber hat sich der Zustand gebessert. Vor kurzem wollte sich die Pat. selbständig machen; aber das gelang ihr nicht; sie sah selbst, daß sie nicht die geistigen Fähigkeiten hat, ein Geschäft zu leiten. Deshalb wurde sie wieder traurig und fing an zu weinen: „Ich muß so in Not und Elend verkommen", machte sich Vorwürfe, daß sie nicht alles so machen konnte wie vorher. Es kam die Angst und Suicidgedanken, „weil das alles über mich kam". Dann erfolgte die Aufnahme.

Körperlicher Befund: Leichte Akzentuation des zweiten Aortentons.

Psychischer Zustand: Orientiert, keine Sinnestäuschungen. Depression und leichte Angst, besonders in der Nacht, wenn sie über sich nachdenken kann. Starke Hemmung: „Ich kann nicht denken, ich habe das Gefühl, als ob das Denken so langsam gehe." — „Worüber Gedanken?" — „Weil ich fürchte, daß es nichts mehr mit mir werden wird; wenn der Kopf mich im Stiche lassen wird, ist es alles vorbei." — „Wenn ich bei der Arbeit was anfangen wollte, wußte ich im nächsten Augenblick nicht mehr, was ich tun wollte, ich weiß nicht, wie es alles werden wird."

Ende Mai ist die Depression verschwunden, die Hemmung hat nachgelassen, die Pat. wurde als gebessert entlassen.

Epikrise: *Durch einen Affektshok wird bei einer affektiven Psychopathin eine Steigerung der konstitutionellen Verstimmung und starke Hemmung, welche Insuffizienzgefühl und Verarmungsideen zur Folge hat, hervorgerufen. Der krankhafte Zustand ist in einem Monat abgelaufen.*

Während in den angeführten Fällen die Hauptsymptome einseitig ausgebildet sind und dadurch die Melancholie ganz verschiedenartig gestalten, zeigen viele andere Krankheitsbilder eine deutliche Proportionalität zwischen der Depression und der Hemmung, was auf beiderseitigen koordinatorischen Einfluß dieser Erscheinungen schließen läßt.

Fall III. Frau Therese M., 38 Jahre, Schlachtermeistersfrau, wurde am 23. VI. 08 aufgenommen, nachdem sie schon vor 10 Jahren in der Klinik an Melancholie behandelt wurde. Nach Angabe der Patientin hat die jetzige Erkrankung einen ganz ähnlichen Beginn wie damals. Ohne besonderen Grund wurde sie vor 5 Wochen verstimmt und schweigsam; in der Wirtschaft konnte sie nichts fertig bringen. Dann kam auch die Ängstlichkeit; die Pat. zitterte und behauptete, sie hätte in der jetzigen Wohnung noch keine Miete bezahlt: „Nun müssen wir alles bezahlen, der Vater verdient nichts mehr, ich habe kein Geld.“ Pat. behauptete, sie wäre schuld an ihrer Krankheit, denn sie hätte auf dem Standesamt alles falsch angegeben, ihre Kinder seien viel älter, als es hieße; beschuldigte auch die Tochter, dieselbe hätte das ganze Geld verwirtschaftet. „Wenn ich mehr gearbeitet hätte“, sagte sie, „wäre ich nicht krank geworden.“ Infolge der Suicidgedanken in die Klinik gebracht.

K ö r p e r l i c h e U n t e r s u c h u n g: o. B.

P s y c h i s c h e r Z u s t a n d: Örtlich und zeitlich gut orientiert; verstimmt und leicht ängstlich.

„Weswegen hier?“ — „Ich habe keine richtigen Papiere gehabt und komme daher nicht wieder aus.“ — „Wovor Angst?“ — „Daß ich hierher wiederkomme. Ich bin zu Hause so umhergelaufen.“ — „Warum?“ — „Ohne Grund. Das ist meine Einbildung, daß ich nicht mehr arbeiten konnte; ich kann es doch.“ — „Seit wann traurig?“ — „Ich weiß gar nicht, wie weit ich in der Welt bin. Ich habe meinen Verstand nicht mehr. — „Warum traurig?“ — „Ich habe solchen guten Mann.“ — „Haben Sie Sorgen?“ — „Im Kopfe geht alles so herum, ich weiß nicht, ob Tag oder Nacht ist. Mein Mann hat doch die Rieselfelder alle gebaut. Nun geht es doch nicht mehr.“ — Die Patientin weint und klagt, sie wisse nichts genau, „so denke ich am 24. II. 1870 geboren zu sein, aber das ist nicht richtig, Herr Doktor!“ — „Vorwürfe?“ — „Ich kann sie gar nicht von meiner Zunge herunterbringen. Ich habe mir eingebildet, ich muß sterben, ich kann nun nicht mehr leben, ich habe gedacht, daß ich schwer krank bin. Früher habe ich auch mal gedacht, daß ich wie die Eltern an Schwindsucht sterben werde. Dann habe ich geglaubt, ich könnte nicht mehr arbeiten. Jetzt habe ich meinem Mann Unglück gebracht, jetzt komme ich nicht mehr raus. Ich fürchte, ich habe die Wirtschaft nicht mehr richtig geführt.“

27. VI. „Ach, Herr Doktor, was habe ich alles gemacht! Ich möchte wieder raus, geschlagen habe ich doch keinen.“ Dann aber: „Ich habe doch an allem schuld, ich habe doch keinem Arzt geglaubt, ich habe vergewirtschaftet. Nun werde ich wohl geköpft. Man wird mir den Kopf abhauen.“ — „Wie kommen Sie darauf?“ — „Jetzt kommt mir das alles ein, es wird doch kein Mensch geköpft.“

29. VI. „Worüber denken Sie?“ — „Daß das alles nicht wahr ist, was ich im Kopfe habe. Mir geht alles im Kopfe sitzen.“ — „Was alles?“ (Eine Mitpatientin ruft nach Milch.) — „Auch das nehme ich mir in den Kopf, daß die Frau keine Milch hat.“ — „Was geht Sie das an?“ — „Das kommt mir alles in den Kopf.“

Ende Juli hat die Depression nachgelassen, die Hemmung wurde gering. — „Weshalb hier?“ — „Wegen meiner Nerven, ich hatte meine Gedanken nicht zusammen.“

Epikrise: *Eine Frau, die schon einmal die Melancholie durchgemacht hatte, wurde ohne jede äußere Ursache verstimmt und gehemmt. Bald darauf haben sich Insuffizienzgefühl, auch einige hypochondrische Erscheinungen bezüglich des psychischen Zustandes, Verarmungs- und Versündigungsvorstellungen entwickelt. Die*

Wahnbildung hat ziemlich ausgedehnten Umfang angenommen und in manchen Momenten zeigte sie eine Tendenz zum „délire d'énormité". Auf der Höhe der Erkrankung wurden komplementäre Verfolgungsideen und Suicidgedanken geäußert. Der Verlauf war typisch für eine unkomplizierte Melancholie.

In unseren Betrachtungen werden wir nicht nur derartige typisch verlaufende Fälle berücksichtigen, sondern auch diejenigen, welche auf dem Boden einer psychopathischen Konstitution entstanden sind und durch dieselbe in bezug auf Krankheitsbild und Verlauf modifiziert werden. Eine besonders wichtige Rolle soll dabei die Neurasthenie spielen. Die degenerative neurasthenische Grundlage kann das Krankheitsbild der Melancholie verschiedenartig gestalten. Friedmann (18) unterscheidet einerseits diejenigen Fälle der neurasthenischen Melancholie, welche mit einer stark ausgeprägten Wahnbildung einhergehen, also deutlich paranoid gefärbt sind.

Fall IV. Wilhelm W., 37 Jahre, Arbeiter, sollte Dezember 1907 eine neue Stellung antreten; im Anschluß daran wurde er übertrieben penibel, dann traurig und weinerlich; hat geklagt, ihm sei alles so schwer, er könne seine Stellung nicht ausfüllen. Es kamen die Gedanken: „Alle Leute sehen mich auf der Straße an; alle arbeiten mir entgegen." Als der Patient einen Steuerzettel bekommen hat, sagte er, daß er soviel nicht bezahlen könne und werde ausgepfändet werden. „Wenn die Polizisten dazu kommen, sie werden mich steinigen und die Kinder auf die Straße setzen." Am 19. IV. Suicidversuche; deswegen am 22. IV. in die Charité eingeliefert.

Körperlicher Befund: Degenerationszeichen: Zusammengewachsene Augenbrauen, unregelmäßige Helices, angewachsene Ohrläppchen.

Psychischer Zustand: Vollständig orientiert, kein Intelligenzdefekt, keine Sinnestäuschungen. Der Patient gibt zögernd und mit leiser Stimme Antwort. Starke Angst mit entsprechenden Sensationen.

„Weswegen hier?" — „Weil ich mir soviel Gedanken gemacht und gegrübelt habe." — „Weshalb denn?" — „Weil ich immer geglaubt habe, daß ich so verantwortungsvolle Stellung habe. Wenn bei der Arbeit was nicht in Ordnung war, da nahm ich mir das so zum Herzen. Da wurde ich traurig, und es ist eine unbestimmte Angst gekommen, daß was passieren kann." — „Gesündigt?" — „Nein, das wüßte ich nicht. Ich habe immer viel zu tun gehabt und bin gewissenhaft gewesen. Deshalb sahen mich die Leute in der Fabrik etwas schief an." — „Sehen wirklich alle Leute Sie auf der Straße an, oder ist das Einbildung?" — „Ich denke, das tun sie." — „Weshalb?" — „Sie sind böse auf mich, weil ich sie öfters ermahne." — „Verfolgt?" — „Daß ich Feinde habe, kann schon sein." — „Glauben Sie es sicher?" — „Das weiß ich nicht."

„Verarmt?" — „Ich mache mir Kopfschmerzen, daß ich nicht durchkomme, weil alles soviel kostet und die Miete auch." — „Sorgen?" — „Daß meiner Familie was passieren kann, und daß die Kinder heimatlos werden. Als ich mich krank gefühlt hatte, so dachte ich, wenn du krank bist, verlierst du die Stellung und dann wirst du schließlich aus der Wohnung geworfen. Ich bin doch in meinem Leben immer ehrlich gewesen; ich weiß nicht, womit ich das verdient habe; ich habe mich doch immer ehrlich durch die Welt gebracht."

In den nächsten Tagen immer ängstlich, dabei ruft er: „Nein, nein, was wollen Sie bloß mit mir, ich soll bestraft werden." — „Weshalb?" — „Das weiß ich nicht?" — „Wovor Angst?" — „Es ist so, als ob sie mir was tun wollen." — „Wer?" — „Das weiß ich nicht." — Danach erklärte der Patient: „Ich hatte solche Angst, daß ich zu etwas verführt werden sollte, was ich nicht wollte."

Im Mai hat die Angst nachgelassen; die Hemmung ist unbedeutend geworden, trotzdem sagte der Pat. auf die Frage: „Haben Sie wirklich Feinde?"

„Das stelle ich mir vor.“ — „Weshalb?“ — „Sie haben mich so schikaniert, als ich krank wurde, sie wollten, daß ich die Stellung verliere, und haben mich nach Hause geschickt, damit ich nichts mache, da habe ich Angst bekommen.“ — „Haben die Leute das aus Feindschaft getan oder wollten sie doch vielleicht, daß Sie zum Arzt gehen und sich erholen?“ — „Das haben sie aus Feindschaft getan.“

Epikrise: *Bei einem Degenerierten ist im Anschluß an affektbetonte Erlebnisse eine schwere kontinuierliche Depression und Hemmung entstanden; die Angstaffekte haben bald nach dem Beginn der Erkrankung das Krankheitsbild beherrscht: es entwickelte sich ein sekundärer Verarmungswahn, an welchen sich komplementäre Verfolgungsideen angeschlossen haben. Parallel zu diesen Erscheinungen kam außerdem zum Vorschein, wahrscheinlich als Steigerung der schon vor der Erkrankung vorhandenen egozentrischen Tendenz, ein Beziehungswahn, welcher nach der Abnahme der Hauptsymptome und nach Verschwinden der sekundären Wahnideen noch einige Zeit bestanden hat.*

Diese paranoischen Erscheinungen können erst auf der Höhe der Erkrankung hinzutreten und das früher typische Bild der Melancholie modifizieren.

Fall V. Maria F., 44 Jahre, Dienstmädchen im königlichen Schloß.

Anamnese: Die Mutter war schwermütig und weinerlich, eine Schwester leidet an Nervosität und (hy.? ep.?) Krampfanfällen, die andere ist gemütskrank. Die Pat. hat im 13. Lebensjahr eine commotio cerebri, nach der Einsegnung einen Weinkrampf gehabt. Immer ziemlich angestrengt gearbeitet, seit zwei Jahren etwas „nervös“ gewesen. In der letzten Zeit hat sie viele Aufregungen über Familienverhältnisse gehabt, vor kurzem einen Schreck erlebt. Seit vier Wochen ist die Pat. verstimmt, hat für nichts mehr Interesse. Der Zustand wurde schlimmer, es kam die Angst, Nahrungsverweigerung und Selbstmordgedanken. Wegen Suicidversuches Aufnahme am 14. IV. 08.

Körperliche Untersuchung: o. B.

Psychischer Zustand: Vollkommen orientiert, Intelligenz ohne gröbere Störungen, keine Halluzinationen und Visionen.

„Sind Sie krank?“ — „Seitdem ich traurig bin, habe ich das Gefühl, daß ich nicht wieder gesund werde; ich habe abgemagert; keinen Appetit, keine Verdauung, ich habe gedacht, ich hätte Abzehrung.“

Die Pat. macht sich Vorwürfe, in der letzten Zeit einen geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben. — „Ich bin schlecht, die Sonne braucht mich nicht zu bescheinen, ich habe gesündigt. Ich möchte aus der Welt sein; das halte ich für nötig; der Teufel führt mich von einem Fleck zum andern.“ — „Weshalb Vorwürfe?“ — „Weil ich nicht die Wahrheit gesagt habe, daß ich was an der Lunge habe.“

Im Angstzustand: „Im Saale laufen viele Schutzleute herum.“ — „Wie darauf gekommen?“ — „Ich weiß selbst nicht, was mit mir ist.“

„Weshalb wollen Sie sich das Leben nehmen?“ — „Ich mache jetzt alle Menschen unglücklich, ich habe gesündigt. Ich habe einen Diebstahl begangen. Bilderrahmen, Fässer und so allerhand gestohlen. Ich bin nicht wert zu schlafen, darf es nicht.“ Die Pat. bittet den Arzt um Verzeihung für alles Böse, was sie getan hat. „Ich hatte mich krank gemacht, weil ich mich verheiraten wollte, und ich hätte doch noch arbeiten können.“ — „Werden Sie bestraft?“ — „Das ist selbstverständlich.“ — „Wie?“ — „Ich weiß nicht, mit dem Tod.“ — „Haben Sie die Todesstrafe verdient?“ — „Ja.“ — „Wird Diebstahl mit dem Tode bestraft?“ — „Nein.“ — „Weshalb sollen Sie also mit dem Tode bestraft werden?“ — „Da ich nicht gesagt hatte, daß ich lungenkrank bin.“ — Die Pat. hat Halluzinationen, daß sie andere Patienten krank gemacht hat.

20. VI. „Ich mußte doch Diphtherie oder Scharlach haben, weil ich solche Schmerzen im Hals und auf der Brust habe.“ Wieder sehr ängstlich, spricht wenig.

13. VII. Tritt sehr aufgeregt in das Untersuchungszimmer herein, schließt die Tür hinter sich und sagt mit Jammern zum Arzt: ,,Ich weiß nicht, wie ich Sie anreden darf, ist es möglich!" — ,,Wer bin ich denn?" — ,,Sie sind doch auch auf Spiegelberg gewesen. Wir waren doch zusammen dort, Doktor, der Sohn können Sie auch nicht sein. Herr Schönemann der alte, nein der junge sind Sie. Wie ist es bloß möglich! Ach, ich würde am liebsten ins Wasser gehen, so viele Menschen durch Ansteckung unglücklich gemacht."

,,Es ist so, als ob es eine ganz andere Welt wäre. Ich habe schon vor Weihnachten gelesen von Moltke, das habe ich schon jahrelang gewußt. Otto Gashert! Es ist so, als ob ich reden sollte, daß das mein Sohn ist. Das muß sich alles herausfinden; nein, so viele Menschen; ich verstehe es nicht. Herzfeld haben wir auch gekannt: das sind alles Feinde von meiner Schwester, die wollten sie alle anklagen." Dabei Jammern und starke motorische Unruhe. ,,Alle Menschen und meine Schwester machen sich auch unglücklich, wir werden ja von der Polizei verfolgt. Die Schwester hat ja keine Ahnung davon, sie hat sich nichts dabei gedacht." — ,,Was nicht gedacht?" — ,,Die hat doch auch einen Verkehr gehabt. — Ich habe es sehr gut, zu gut im Schloß gehabt, wäre ich doch nie hierher gekommen nach Berlin. — Wie einem doch so alles fällt, z. B. im vorigen Jahre in Candinen, bei dem Kinderfest hat mich der Landrat von Estorff gebeten, ich möchte einige Kinder führen, die wollten was gezeigt haben, aber die Kaiserin wollte es nicht. Ich habe inzwischen nie wieder daran gedacht, aber jetzt ist es mir klar, daß es eine Beziehung auf mich hatte. Man hat mich damit auf die Probe stellen wollen, der Kaiserin zeigen, daß ich Kinder habe." (Re vera: kein partus, kein abortus.) Ende Juni hat die Ängstlichkeit nachgelassen.

Epikrise: *Im Verlaufe einer schweren Melancholie, welche mit fast kontinuierlicher Angst einhergegangen ist, haben sich zahlreiche sekundäre hypochondrische Vorstellungen und Versündigungsvorstellungen entwickelt, welche im Sinne eines ,,délire d'énormité" sich weit verbreitet und zur Bildung einiger komplementärer Verfolgungsideen Anlaß gegeben haben. Nachdem die Hauptsymptome schon etwas an Intensität abgenommen hatten, kamen paranoische Beziehungsideen zum Vorschein, welche in ihrer Intensität den übrigen Wahnvorstellungen nicht parallel gingen und manchmal zu sekundärer Inkohärenz führten. Durch selbständiges Fortbestehen dieser Erscheinung ist der typische Verlauf verzögert worden.*

In manchen Fällen treten die paranoischen Erscheinungen noch stärker hervor und bilden nach Verschwinden der melancholischen Symptome ein systematisiertes Wahnsystem, worauf bei Besprechung der kombinierten Psychosen näher eingegangen wird. Andererseits gibt es Fälle, in welchen deutliche Hemmung fehlt, wo nur ,,die Lust zur Apperzeption der Sinnesreize abgestumpft ist", wo also eine Apathie besteht, welche die Kranken als ein automatisches ,,Leben ohne Gefühl" definieren.

Fall VI. Margarete K., 20 Jahre, Beamtentochter, litt im 15. Lebensjahre an Chlorose; ein Onkel der Pat. ist geisteskrank.

J e t z i g e K r a n k h e i t: Im April 1907 hat sich die Pat., welche immer sehr gewissenhaft und religiös war, auf Zureden ihrer Eltern mit ihrem Vetter verlobt. Sie hatte keine besondere Neigung zu dem Bräutigam; deshalb äußerte sie bald nach der Verlobung Bedenken, ob sie die richtige Frau für den Betreffenden sein kann; sie schwankte auch, ob sie vielleicht das Wort zurückgeben sollte, konnte sich aber dazu nicht entscheiden. Im Anschluß an diese gemütliche Erregung kam anfallsweise Angst, die in der Herzgegend lokalisiert war. Die Pat. wurde niedergeschlagen, manchmal weinerlich; nichts hat ihr mehr Freude gemacht. Sie fing an, merkwürdige Ansichten über ihren geistigen Zustand zu äußern; sie wäre von Gott verlassen, geistig tot; sie kam auf Selbstmordgedanken, infolgedessen Aufenthalt in der Irrenanstalt zu Landsberg vom 10. VII. 07 bis 13. XII. 07.

16. I. 08 Aufnahme in die psychiatrische Klinik der Charité.

Körperliche Untersuchung: o. B.

Das psychische Verhalten: Traurige Verstimmung ohne Angst, keine Hemmung, keine Sinnestäuschungen, Intelligenz intakt. Die Pat. äußert zahlreiche Wahnideen über ihren seelischen Zustand und ihre frühere Handlungsweise.

An die Mutter schreibt sie aus Landsberg: „Herz und Charakter und Glauben hat mir gefehlt, Hochmut nicht. Grämt Euch nicht so sehr und betet nicht. Der alte Gott ist ja tot, der neue unfreundlich. Ich habe selbst kein Herz für meine Lieben, ich will bloß überall bedauert werden. Mein Leben hat für mich zu wenig Wert gehabt, sonst hätte ich mit unser aller Leben nicht so gespielt. Ich kann jetzt nichts als spotten; ein herzliches Gebet ist unmöglich. Das ist eben das Schrecklichste, ich möchte es, aber ich kann es nicht. Ich habe nur immer mich geliebt."

Brief an einen bekannten Oberpfarrer: „Ich bin so in Frechheit und Lüge, daß ich nichts mehr fürchte und auch nicht zurückkomme, um mich zu bekehren. Es ist gerade, als ob ich lebendig tot wäre. In meiner Sünde hörte ich eine Stimme von oben: Nun halt an, nun ist's genug. Seit dieser Zeit ist es, als ob eine Kluft zwischen Gott, meinen Eltern und mir ist. Ich höre und sehe alles, und doch ist es anders. Jetzt möchte ich, daß meine Augen und mein Herz noch einmal möchten aufgetan werden, und dieser Hochmut ginge. Ich gebe den Brief heimlich ab, da die Ärzte würden es für krankhaft halten. Der Wahrheit gehe ich am liebsten aus dem Wege. Bitten Sie doch, daß ich noch einmal darf ein anderer Mensch werden."

Mündliche Äußerungen (spontan und auf Fragen): „Warum gedrückte Stimmung?" — „Ich fühle mich unglücklich darüber, daß ich gefühllos für die Eltern bin, als ob ich tot wäre. Ich suche Ausweg aus dem Zustande, aber ich finde keinen. Ich werde immer mehr geisteskrank und bin unheilbar. Ich finde nicht den richtigen Gott, ich kann nicht beten." — „Haben Sie auch kein Interesse für das Leben?" — „Verschieden, mitunter mache ich mir Freude, Klavier zu spielen, manchmal bin ich übermütig, aber so recht lustig kann ich nicht mehr sein. Wenn ich gerne spiele, so empfinde ich manchmal nichts. Es wird immer schlimmer mit mir, ich komme mit den Gedanken immer tiefer hinein. Es drückt mich alles nieder." — „Welche Gedanken quälen Sie am meisten?" — „Leute, die mir am nächsten standen, die sind jetzt fremd geworden, und das ist eben das Peinlichste. Ich kann nicht denken, wie es zu Hause ist. Zuerst bin ich nur verändert gewesen in Beziehung zu den Eltern, jetzt kommt mir alles tot, minderwertig vor. Ich bin ein gottloser Mensch. Es ist alles verfehlt, was ich im Leben hatte. — Es kommt mir vor, als ob ich weniger sehe und höre wie andere Leute, als ob was dazwischen wäre, was ich sehen soll, ich muß mich anstrengen und bin müde. Wenn meine Mutter hier ist, so kann ich für sie nichts empfinden, trotzdem daß ich will für sie so wie früher sein. Schlecht habe ich getan, das ist das Schrecklichste." — „Was Schlechtes haben Sie getan?" — „Da ich mich nicht glücklich gefühlt habe, so habe ich den Gott belästigt, ich habe die Wahrheit nicht genau genommen, trotzdem daß ich es schon damals für unrecht hielt. Ich habe mich meinem Bräutigam anders gezeigt, als ich gewesen bin; ich war nicht ehrlich gegen ihn gewesen. Es ist, als ob da draußen eine ganz andere Welt wäre und alles Böse bloß bei mir." — „Weshalb die Welt so verändert?" — „Es ist, als ob was dazwischen wäre, was mich nicht hinläßt. Ich kann alles tun, ich kann lachen, aber es ist, als ob ein Schleier darüberliegt, es ist, als ob eine furchtbare Finsternis in mir und um mich ist, als ob ich nichts mehr aufnehmen konnte. Alles ist so starr, als ob man an sich selbst gebunden wäre. Wenn was aus weiter Ferne kommt, so ist's so komisch . . . Einmal nachmittags, ist's mir so vorgekommen, als ob das, was ich vormittags getan habe, jahrelang entfernt wäre. Wenn ich an Bräutigam schreibe, so mache ich mir Vorwürfe; ich denke, ich habe kein Recht, an ihn zu schreiben, weil er mich besser beurteilt, als ich bin." — „Halten Sie Ihre Gedanken für richtig?" — „Ja, Einbildung ist es nicht, sonst braucht man sich nur ausreden."

Epikrise: *Die mit Gemütserregungen verbundenen Erlebnisse haben bei einem erblich belasteten Mädchen Anlaß zu einem Depressionszustand gegeben, bei welchem anfangs hypochondrische Klagen über psychische Transformation und Fremdseingefühl geäußert worden, bald aber auch Versündigungsvorstellungen sich angeschlossen haben. Nachdem die Affektstörung einen mehr apathischen Charakter angenommen hat, wurde das Krankheitsbild von den Wahnideen beherrscht: Aus der psychischen Hypochondrie hat sich „délire de négation" entwickelt, die Versündigungsvorstellungen sind bis zum „délire d'énormité" gestiegen.*

Der Verlauf war schleichend: die Besserung ist nach einem Jahr eingetreten, und die Psychose ist einige Monate später schließlich in Heilung übergegangen.

Schon Diekhoff (9) hat auf ähnliche Bilder aufmerksam gemacht und die Meinung ausgesprochen, daß bei der Melancholie der Minderwertigen oft nur primäre Affektstörungen (und manchmal auch organoplastische Halluzinationen) vorhanden sind; derartige Fälle können aber vollständig ohne Hemmung verlaufen. (Es kann nach Diekhoff sogar eine Ideenflucht entstehen, und diese Erscheinung ist wohl die Grundlage der manisch-depressiven Mischzustände von Weygandt und Kräpelin gewesen). Zu einer ganz anderen Kategorie gehört die dritte symptomatische Gruppe der neurasthenischen Melancholie, welche nach Friedmann (18) ängstliche Überreizungszustände umfaßt. Es treten bei denselben hypochondrische Vorstellungen und Trostlosigkeit in bezug auf den Gesundheitszustand hervor, welche öfters zu Suicidgedanken und entsprechenden Handlungen führen.

Fall VII. Frau Hermine P., 39 Jahre, vom 23. VI. 1908 bis 8. VII. 1908.

Anamnese: Alle Schwestern der Pat. sind etwas nervös; sie selbst hat Typhus überstanden. Nach dem partus vor 8 Jahren hat sich eine Gebärmutterverlagerung ausgebildet, und im Anschluß daran eine Gemütsverstimmung. Seit $^3/_4$ Jahren leberleidend. Vor einem Jahr viel Überanstrengung, da die Pat. ihren an Gelenkrheumatismus leidenden Gatten pflegen mußte, wonach sie sehr erschöpft war. Eine Kur in Friedrichsroda brachte zwar Besserung, aber es blieb eine große Reizbarkeit zurück. In dieser Zeit auch Aufregung über Streit in der Familie. Am 1. IV. Umzug, wodurch viel Arbeit bei Einrichtung der neuen Wohnung. Nachdem die letztere fertig eingerichtet war, trat am 20. IV. plötzlich eine allgemeine Abspannung ein. Die Pat. fing an, sich Sorgen zu machen über Geldschwierigkeiten, die in der Wirklichkeit nicht bestehen. Sie behauptete: „ich bin schlecht"; Angst in der Herzgegend lokalisiert. Außerdem wollte sich die Pat. das Leben nehmen, damit ihr Mann eine reiche Frau heiraten könne. Theatralische Selbstmordversuche (mit Brom). Neigung zu Übertreibung über den Gesund heitszustand.

Körperlicher Befund: Schmerzempfindlichkeit der Druckpunkte und leichter statischer Tremor manuum.

Psychisch vollkommen orientiert, ängstlich, macht sich Sorgen „um das Kind, und weil wir nun ein Haus gekauft haben. und mein Mann noch nicht genug gesund ist seit seiner letzten Krankheit." — „Vorwürfe?" — „Nein, nur daß ich meinem Manne so lange zur Last gelegen habe. Es ist doch traurig, wenn ein so guter Mann eine kranke Frau haben soll." Dabei aber erzählt die Pat., sie habe immer gesorgt, ob der Mann die Aufregungen bei geschäftlichen Sachen ertragen konnte; sie hat sich deshalb wirklich selbst damit beschäftigt. — „Ich kann aber nicht so viel überlegen wie früher; es geht mir nicht so von den Händen. Wenn man mir Zeit ließe, dann geht es ja noch. — Ach, ich bin krank am ganzen Körper." Gehäufte Angstanfälle mit Präkordialsitz. Depression, aber nicht stark.

Manchmal lächelt die Pat. Als gebessert in ein Privatsanatorium in Tegel übergeführt.

Epikrise: *Überanstrengung und affektbetonte Erlebnisse haben bei einer erblich prädisponierten Frau, die schon früher Symptome einer neurasthenischen Konstitution zeigte, eine Verstimmung mit gehäuften Angstanfällen und Hemmung hervorgerufen. Es haben sich daran mit Sensationen verknüpfte, neurasthenisch gefärbte, hypochondrische Vorstellungen und Selbstanklagen, Insuffizienzgefühl und Verarmungsvorstellungen angeschlossen. Auf der Höhe der Erkrankung wurden Suicidgedanken geäußert. Nach monatigem Bestehen deutliche Besserung.*

Was den Verlauf derartiger Fälle anbetrifft, so soll man nach Ziehen (70) zwei Typen der neurasthenischen Melancholie unterscheiden. Einerseits entwickelt sich im Verlaufe einer gewöhnlichen Neurasthenie, manchmal im Anschluß an die Angst und an die hypochondrischen Vorstellungen, eine kontinuierliche melancholische Depression, welche dann neben den neurasthenischen Symptomen fortbesteht.

Fall VIII. Otto W., 38 Jahre, Lehrer; 30. XII. 07 bis 13. III. 08.

Anamnese: Seit Oktober 07 Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Unsicherheit im Gange, „gespanntes schwirrendes Gefühl im Kopf", Schwindelgefühl, „als ob ich schwebe". Der Pat. hat auch „Goldbuchstaben" und „Tiere" gesehen, er weiß nicht, ob im Halbschlummer oder im wachen Zustande. Infolge der allgemeinen Mattigkeit wurde er traurig, beinahe verzweifelt. Wegen dieser Beschwerden Behandlung im Westsanatorium Charlottenburg, dann im Waldhaus am Wannsee, aber ohne Erfolg. In der letzten Zeit immer sehr niedergedrückt. Seit acht Tagen denkt der Pat. an einen Prozeß, in welchem er vor fünf Jahren ausgesagt habe, zurück und grübelt nach, ob er damals keinen Meineid geleistet hat.

Körperliche Untersuchung: o. B.

Psychischer Zustand: Vollkommen orientiert, kein Intelligenzdefekt, sehr deprimiert.

Am 3. I. 08. Der Pat. weigert sich, die Medikamente anzunehmen, sie seien alle gefälscht, und man wolle ihn damit vergiften. Einen Löffel mit Himbeersaft und Rizinusöl hält der Patient für Weingeist.

4. I. 08. Der Pat. jammert und weint. Er glaubt schon seit einiger Zeit in dem Verdacht des Meineids zu stehen und gerichtlich deshalb verfolgt zu werden. Eigentlichen Grund zu derartigen Annahmen habe er nicht, er bildet sich das nur so ein. Dann glaubt er sogar — es ist eben fürchterlich, den Gedanken auszusprechen — wegen des Meineids hingerichtet werden zu sollen. Der Pat. hat schon öfters die Empfindung gehabt, daß man ihn vergiften wolle. — „Ist das Essen vergiftet?" — „Ja, vielleicht." — „Wie kommen Sie darauf?" — „Ja, ich bilde mir das ein." — „Hat Ihnen das jemand gesagt?" — „Nein."

14. I. 08. Sehr leicht erregbar und weinerlich. „Ich werde verspottet und verhöhnt von den Mitpatienten. Ich sehe und höre es." — „Woran merken Sie das?" — „Sie sehen mich so merkwürdig an. Sie gebrauchen die gemeinsten Ausdrücke: so ein Tiger, so ein Hurer, ganz laut." (Nach Angabe der Wärter ausgeschlossen.)

16. 1. 08. „Glauben Sie wirklich, daß Sie verspottet werden?" — „Ja, ich habe manchmal das Gefühl gehabt."

11. II. 08. Deprimiert, fühlt sich körperlich und geistig noch krank. „Ich komme mir so minderwertig vor; mein Geist ist nicht so frisch wie sonst. Ich kann wirklich nicht sagen, ich habe immer so das Gefühl, als ob ich angesehen werde, das beeinträchtigt auch den Schlaf abends. Mich sah einer an, und da sah ich, daß auch andere es taten."

23. II. 08. „Weshalb weinen Sie?“ — „Ich weine von meiner Frau getrennt, ich glaube, ich werde wohl nicht mehr zu ihr gesund hinkommen; denn es wird mir statt besser immer schlechter.“

3. III. 08. „Weshalb traurig?“ — „Weil ich gesund werden möchte und nicht kann. Ich denke immer, am nächsten Tage bin ich tot.“ — „Weswegen wollen Sie die Pillen nicht nehmen?“ — „Ich hörte, das sei Brom, und das ist doch Gift. Ich fürchtete, es könne mir schaden.“ — „Denken Sie, daß wir Sie vergiften?“ — „Nein, ich denke bloß, Sie wollen mein Leiden vergiften. Deshalb geben Sie es mir. Ich habe im Sommer mein Amt so schön versehen und jetzt . . . (weint). Ach, ich soll so jung sterben. — Früher hatte ich, wenn ich mir auf den Kopf drückte, solche Schmerzen in den Schläfen gehabt, das ist jetzt weg, also alle meine Nerven sind kaputt. Sonst müßte es weh tun. Denn ich habe ein Buch gelesen: Druck auf Nerven macht Schmerz. Ich hatte vor Weihnachten mal solch Gefühl: Ich weiß nicht wie, da ist nun ein Teil des Gehirns ausgelaufen und im Urin abgegangen. Seitdem habe ich solche Öde im Kopf.“ Aufmerksam auf die Unsinnigkeit der Behauptungen gemacht, sagte der Pat.: „Sie wollen mich bloß trösten. Aber ich weiß das alles wie das Einmaleins. Ich habe mich sehr viel mit all so was beschäftigt, vor allem den „Bilz“ studiert. Jetzt ist alles weg. Der Kehlkopfnerv ist weg, und auf dem Magen habe ich auch keinen Druck mehr. Mein Blut ist total vergiftet.“

Retrospektive Anamnese: „Angst?“ — „Bei Herzklopfen so, daß ich dachte, daß ich einen Herzschlag bekommen werde; ich fühlte mich derartig elend, daß ich dachte, ich würde herzkrank und infolge der Herzschwäche zugrunde gehen werde.“

Am 11. III. 08. Gedanken über Meineid und Aussage bestehen fort. Deshalb sagt der Pat.: „Ich muß mich vor meinem Tode noch reinmachen, damit das auf meiner Familie nicht sitzen bleibt.“

Am 15. III. 08. Besserung, Hoffnung auf Genesung; gibt an, er lasse jetzt auch alle dummen Gedanken, ihm sei auch schon viel wohler. Dann aber wieder: „Ich möchte ja so gern gesund werden, aber ich denke doch, ich werde sterben. Es ist mir alles so schlaff, da ist gar nichts mehr in Ordnung. Die Wage zeigt, daß ich zugenommen habe, aber ich weiß, ich habe abgenommen.

Ende März: Der Pat. hat viel mehr Lebensmut, hypochondrische Gedanken nehmen langsam ab, keine Beziehungeideen. Depression verschwindet. — „Traurig?“ — „Nur wenn ich nach Hause denke, ich möchte gern hin.“ Die Besserung macht langsame, aber systematische Fortschritte. Am 13. V. 08 als gebessert entlassen.

Epikrise: *Zu einer ausgeprägten, durch hypochondrische Klagen sich auszeichnenden Neurasthenie ist eine Verstimmung hinzugetreten. Dadurch nahmen die hypochondrischen Wahnvorstellungen einen ausgedehnten Charakter an; anderseits ist im Anschluß an die Depression ein Versündigungswahn entstanden, welcher unter der Wirkung der durch die generative Grundlage hervorgerufenen Selbstbeziehung sich zum Beschuldigungswahn gestaltete. Dadurch verzögerte sich etwas der Verlauf, die Erkrankung nahm aber einen günstigen Ausgang.*

Viel häufiger wie derartige Komplikationen sollen Fälle sein, wo das Krankheitsbild einen Mischzustand darstellt, in welchem die melancholischen Symptome vom Beginn der Erkrankung zusammen mit den neurasthenischen bestehen.

Fall IX. Frau Anna R., 33 Jahre, vom 15. IV. 08 bis 25. VI. 08.

Anamnese: Vater luetisch; einige Geschwister an hereditärer Lues gestorben. Die Pat. selbst war als Kind skrofulös, als junges Mädchen Kopfschmerzen und Weinkrämpfe, die bis zu einer halben Stunde dauerten; dann chlorotisch, immer nervös und etwas trübe gestimmt. Partus zweimal. In der ersten Schwangerschaft Angst, in der Herzgegend lokalisiert. Auch in der letzten Zeit Herzbeschwerden und Beklemmung. Dezember 07 ärztlich Herzkrankheit diagnostiziert und Entfettungskur empfohlen. Bald darauf ist eine Menstruation

ausgeblieben; die Pat. ließ sich aus Angst vor Schwangerschaft von einer Nachbarin eine Einspritzung in die Gebärmutter machen; bald danach kam Fieber und Blutung, dann Sensationen in der Herzgegend und starke Angst. Die ängstliche Verstimmung dauerte fort; Behandlung erfolglos.

Am 12. IV. hat die Pat. den Abort der Mutter mitgeteilt. Die letztere sagte: „Wenn du stirbst, gehe ich nicht hinter deinem Sarg." Danach hat sich die Pat. selbst Vorwürfe gemacht und gejammert; sie äußerte auch: „Das Blut wurde zu Wasser, ich muß sterben."

Am 13. IV. Krampfanfall, der eine Stunde gedauert hat (ohne epileptische Symptome). Dann hat die Pat. $1\frac{1}{2}$ bis 2 Stunden lang geschrien.

Körperlicher Befund: Ausgesprochene Sattelnase, Hornhauttrübung; Fettpolster sehr stark entwickelt; Hängebrüste. Die Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper herabgesetzt. Herztöne rein, Arterien nicht geschlängelt.

Psychischer Zustand: Die Pat. ist ängstlich und verzweifelt: „Ich sterbe ja schon, fühlen Sie doch mal meinen Puls." Keine Sinnestäuschungen. „Weshalb hier?" — „Weil mein Blut zu Wasser geht. Ich habe 8 Wochen gehungert, nur von schwarzem Kaffee, trockenem Fleisch gelebt. Und dann habe ich kein Unwohlsein bekommen; und da dachte ich, ich wäre schwanger, und habe es mir mit Gewalt auspressen lassen, da ist dann das Blut gekommen. Das ist ja eben mein Verderben, ich hatte schon kaum noch Blut, deshalb ist es ja nicht gekommen, und jetzt, wo ich das Blut noch verloren habe, ist gar kein Leben in mir. — Ich kann so schlecht gehen." — „Warum?" — „Weil mir die Füße schlottern. Ich bin sehr blutarm, hauptsächlich in den Beinen; ich habe so ein Kältegefühl in den Beinen, in den Armen fängt es auch an." — Schlaflosigkeit war nur bei Beginn der Erkrankung. „Jetzt schlafe ich, weil ich so schwach bin, und der Körper kein Blut mehr hat. Ich muß so oft Urin lassen, ich habe keine Stimme mehr, ich bin schon so halb tot." — „Vorwürfe?" — „Nur wegen der Einspritzung, weil mein Körper dadurch zugrunde ging." — „Ich habe mir in den Kopf gesetzt, daß ich nicht mehr gesund werde." Dann öfters: „Ich bin nicht nervenkrank, nur daß ich kein Blut habe, niemals wieder werde ich gesund. Die Herrschaften glauben es nicht, sie verlachen mich." Infolgedessen will die Pat. keine Auskunft mehr erteilen.

Leichte Remissionen, während welcher die Pat. ihre Gedanken für Einbildung hält; dann wieder Exazerbationen, wo sie weinerlich ist und die Wahnideen für richtig hält. Als ungeheilt entlassen.

Epikrise: *Unter Wirkung eines Affektshoks und einer somatischen Erkrankung sind starke Depression und viele hypochondrische Erscheinungen entstanden, welche zu den Angstanfällen führten. Die Verstimmung ist von Anfang an kontinuierlich gewesen; die Wahnbildung zeichnet sich durch Überwertigkeit der Ideen aus, besteht in Selbstanklagen und weitgehender Hypochondrie. Verlauf ist ungünstig, chronisch.*

Zwischen den beiden Verlaufstypen der neurasthenischen Melancholie existieren natürlich auch zahlreiche Übergangsformen, z. B. derartige Fälle, wo die kontinuierliche Depression zwar nicht gleichzeitig mit den neurasthenischen Erscheinungen entsteht, aber auch nicht auf der Höhe der neurasthenischen Erkrankung als Komplikation derselben sich entwickelt. Der Melancholie geht nur ein Stadium der sogenannten „neurasthenischen Vorboten" voraus.

Fall X. Carl Sch., 41 Jahre, Werkmeister, vom 26. II. bis 21. V. 1908.

Anamnese: Immer viel gearbeitet, wenig geschlafen, infolgedessen leicht erregbar gewesen, an nervösem Kopfschmerz gelitten. Vor einem Jahr, im Anschluß an Überanstrengung, Exazerbation der Beschwerden. Behandlung im Sanatorium in Friedrichsroda blieb ohne Erfolg. Jetzige Krankheit: Am 2. II. 08 schwere Aufregung infolge Krankheit der Gemahlin. Dazu kam, daß der Pat.

eine Aufforderung bekommen hat, für seine kranke Mutter im Krankenhause täglich 2,70 M. zu zahlen. Er wurde deshalb deprimiert und weinerlich, konnte nicht mehr arbeiten; hat sich Sorgen gemacht, daß alles zu viel kostet, und Angstgefühl bekommen, da die ganze Wirtschaft dadurch zugrunde ginge.

Körperlicher Befund: Kornealreflexe schwach positiv. Augenspalte rechts enger wie links; die Nasolabialfalte rechts tiefer wie links.

Psychischer Zustand: Zeitlich und örtlich orientiert. Krankheitsbewußtsein vorhanden, keine Sinnestäuschungen, kein Intelligenzdefekt. Starke Angst: „Die sitzt im Herzen und geht herauf nach dem Hals und Kopf.“ Der Pat. ist gehemmt.

„Worüber machen Sie sich Gedanken?“ — „Ich fürchte entlassen zu werden, da ich schon seit August krank bin und merke, daß ich meine Arbeit schlecht verrichte. Ich fürchte, daß ich nicht herauskomme, und über meine Familie großes Elend kommen würde, und es mit meiner Wirtschaft dann herabginge.“ — „Wie kommen Sie auf diese Gedanken?“ — „Das weiß ich nicht.“

Am 3. III. „Der Exekutor ist eben dagewesen (in der Wohnung) und hat die ganzen Sachen abgeholt.“ Mitte März ist die Angst und traurige Verstimmung verschwunden, Insuffizienzgefühl hat nachgelassen. Anfang April das psychische Verhalten normal.

Anfang Mai retrospektive Anamnese: „Waren die Gedanken richtig?“ — „Die waren unnötig, aber ich war derartig schwach, daß ich es nicht fassen konnte.“ — „Wie hat sich die ganze Sache entwickelt?“ — „Ich war schon überangestrengt, da erkrankte plötzlich meine Frau; ich habe mir darüber schwere Gedanken gemacht; dazu kam die Aufforderung, für die Mutter zu zahlen. Ich habe Tag und Nacht gedacht, daß ich nichts sagen kann, unter normalen Zuständen wäre es zuviel; und ich habe mich doch so elend gefühlt, und ich konnte nicht arbeiten. Da kam der Gedanke, daß ich stellungslos werde und meine Familie nicht ernähren könnte. Ich habe noch drei Söhne, die alle wollen was werden; das Geld wird dazu nicht ausreichen. Dem Arzt der Frau und dem Magistrat für die Mutter werde ich auch nichts zahlen können. Da kamen die Gedanken, daß ein Exekutor kommen kann.“ — Als geheilt entlassen.

Epikrise: *Infolge einer Überanstrengung sind anfangs einige hypochondrische Erscheinungen und Labilität der Stimmung entstanden. Starke gemütliche Erschütterungen haben den Zustand verschlimmert. Es haben sich Affektstörungen im Sinne einer Depression mit begleitenden Insuffizienz- und Verarmungsvorstellungen und auch einigen komplementären Verfolgungsvorstellungen entwickelt.*

Eine andere Gruppe wie die der neurasthenischen Melancholie stellen diejenigen Fälle dar, bei welchen die angeborene depressive psychopathische Konstitution seit der Kindheit besteht. Kräpelin (32) spricht von einer inneren Verwandtschaft gewisser Formen derartiger „originärer Zustände“ mit dem manisch-depressiven Irresein: Die grundlosen Stimmungsschwankungen der „Nervösen“ gehen manchmal allmählich in die leichten Formen der zirkulären Psychose über, und zwischen der konstitutionellen Verstimmung und depressivem Zustand sollen fließende Übergänge bestehen. Auch Wollenberg (65) behauptet, daß zwischen derartigen Erkrankungsformen keine scharfe Trennung besteht, und schließt daraus auf eine größere Vielgestaltigkeit des manisch-depressiven Irreseins, wie man es früher angenommen hat,

Fall XI. Franziska S., 51 Jahre, ist von Kindheit an ohne Grund leicht verstimmbar und immer weinerlich gewesen; deswegen wollte sie sich schon früher einmal erhängen. Eine Tochter der Pat. war schwermütig und hat sich ertränkt.

Vor drei Jahren erlitt die Pat. einen schweren Schlag auf den Kopf, wonach sie bewußtlos gewesen ist. Seit 2 Jahren angestrengte Arbeit und viel Kummer im Geschäft.

Am 15. IV. wurde der Pat. gekündigt. Infolgedessen wurde sie sehr traurig und kam in Verzweiflung. Am 21. IV. hat sie sich mit dem Sohn ihrer Tochter, den sie erzogen hat, ins Wasser gestürzt. Sie wurde gerettet und in die Klinik am 20. IV. 08 aufgenommen.

„Weshalb ins Wasser gegangen?" — „Weil ich nicht mehr leben wollte. Die ganze Welt ist so schlecht zu mir, und ich war für die Leute immer so gut." — „Sind die Leute überhaupt schlecht oder nur in Beziehung zu Ihnen?" — „Nur für mich, denn ich bin zwar sehr gut, aber sehr reizbar, und ich habe einen wenig freundlichen Charakter. Ich dachte, es ist viel besser, daß man weggeht, da brauche ich mich nicht mehr zu ärgern. Es hat auch geklopft und gerufen: Mutter, es war die Stimme meiner verstorbenen Tochter, die ist doch auch ins Wasser gegangen, da habe ich dann geantwortet: Martha, ich komme. Mir ist auch bange vor dem Leben; ich dachte, vorläufig geht es ja, da habe ich noch mein Einkommen, aber nachher, wenn ich nicht mehr arbeiten kann, was dann? Dazu hat mir noch mein Chef gekündigt, und ich kann wirklich nichts dafür."

Vor der klinischen Vorstellung: „Ich habe Angst, daß ich geköpft werden soll." — „Man wird in der Klinik doch nicht hingerichtet?" — „Ja, aber ich dachte, daß man mich nicht in den Hörsaal, sondern weiter bringen wird. Ich glaube, daß ich am Selbstmorde meiner Tochter schuld bin." — „Wie sind Sie auf die Gedanken der Todesstrafe gekommen?" — „Es wurde mir gesagt, daß ich wegen des Mordes und Selbstmordes angeklagt bin, und daß es unsicher ist, ob ich herauskomme." — „Aber daß Sie geköpft werden?" — „Das habe ich selbst gedacht." — „Weshalb?" — „Man hat mir die Haare so hoch gehoben, und auf der Station habe ich immer einen Zopf getragen. Ich bin schuld, daß meine Tochter ins Wasser gegangen ist. — Meine Tochter hat öfters gedroht, und ich habe es nicht geglaubt und habe sie dafür etwas angeschnauzt. Ich konnte doch auf die Tochter aufpassen, und jetzt mache ich mir darüber Vorwürfe."

Die Verstimmung hat bald nachgelassen, die Pat. ist nicht ängstlich, nur unzufrieden, daß sie wegen der gerichtlichen Verhandlung in der Klinik bleiben muß.

Epikrise: *Die Pat. zeigte von Kindheit an eine Neigung zu grundlosen Verstimmungen im Sinne einer affektiven psychopathischen Konstitution. Starke Gemütserregung hat zu einer Depression geführt; im Anschluß hieran einige Versündigungsideen und Suicidgedanken, die einen Selbstmordversuch aus Verzweiflung zur Folge hatten. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung kamen zum Vorschein einige Selbstbeziehungen und Verfolgungsideen. Dadurch aber wurde der Verlauf nicht gestört, die Depression ist zur Stufe einer depressiven Affektivität bald heruntergekommen.*

Die Beziehung der hysterischen Konstitution zur Entwicklung einer Melancholie ist weniger aufgeklärt wie die Rolle der neurasthenischen Zustände; es bestehen in dieser Frage einige Meinungsdifferenzen. Nach Ziehen (70) ist unter „hysterischer Varietät der Melancholie" die Komplikation einer schon längere Zeit bestehenden Hysterie durch hinzutretende Melancholie zu verstehen; eine derartige Kombination soll recht selten sein. Specht (53) bezeichnet als „Hysteromelancholie" eine bei hysterischer Grundlage im Anschluß an Gelegenheitsursachen entstandene geschlossene melancholische Psychose, welche nur die hysterische Färbung besitzt. Dagegen halten Roubinovitch et Toulouse (46) derartige Fälle für symptomatische Melancholie, ähnlich wie z. B. die depressiven Phasen der Paralyse. Während Ziehen unter 238 Melancholiefällen der Jenenser Klinik nur zwei

Fälle dieser Varietät festgestellt hat, will Heller (25) ziemlich viele Fälle der Hysteromelancholie beobachtet haben; er hebt als charakteristische Merkmale der Wahnbildung bei dieser Erkrankungsform die Demonstrationssucht und Suggestibilität hervor. Man muß aber bei Beurteilung der entsprechenden Kasuistik Hellers einerseits in Betracht ziehen, daß der Anlaß zur Annahme einer hysterischen Färbung der Melancholie oft durch degenerative Symptome gegeben wird, welche doch auf neurasthenische Konstitution zurückzuführen sind; z. B. die sogenannten ,,hypochondrischen Anfälle" im Sinne C. Westphals, welche bei der Pat. R. (Fall IX) beobachtet wurden. Andererseits sind derartige Fälle bei kurzer klinischer Beobachtung manchmal schwer von den depressiven Zuständen der Dementia praecox zu differenzieren, besonders dadurch, daß die Theatralität der wahnhaften Äußerungen ebenso bei der Hebephrenie wie bei der Hysterie vorzukommen pflegt. Denn die Hysteromelancholie scheint wirklich nicht häufig zu sein, wofür auch das bei dieser Untersuchung benutzte Material spricht; namentlich unter den 25 Fällen der Melancholie, von welchen die meisten auf einer degenerativen Grundlage entstanden sind, bot nur einer das Bild der hysterischen Varietät.

Fall XII. Frau Betty R. hat öfters viel Aufregung über Familienverhältnisse gehabt; war deswegen ärgerlich und leicht mißgestimmt. Im März 1907 nach der Nachricht über den plötzlichen Tod eines Bruders bekam sie ,,Nervenshok", Schwindelanfälle, Zittern, Schmerzen, abwechselnd im Magen, Kopf und Rücken; auch Diarrhöe (infolge der letzten Milchdiät 4—5 Wochen). Es haben sich hypochondrische Vorstellungen, Interesslosigkeit für Kind und Wirtschaft entwickelt. Die Pat. wurde unruhig, hat Gedanken geäußert, man soll das Messer weglegen, ,,denn ich habe Angst, daß ich mir etwas tun kann". Vor dem Einschlafen hat die Pat. farbige Figuren vor den Augen gesehen, das hielt sie für Einbildung. Unbekannte Stimmen haben sie nach dem Namen erst abends, dann auch am Tage gerufen. Die hypochondrischen Klagen dauerten trotz der Behandlung (Prof. Oppenheim) fort; die Pat. weigerte sich, die therapeutischen Mittel sich gefallen zu lassen. Am 11. VI. 08 Aufnahme in die Klinik.

Körperlicher Befund: Degenerationszeichen: die Augenbrauen konfluieren; Hypertrichosis am Gesicht.

Psychischer Zustand: Gut orientiert, Intelligenz ohne Defekt; deprimiert, weinerlich und ängstlich. — ,,Sitz der Angst?" — ,,Ich habe aufsteigende Hitze am Herzen und im Kopf, als wenn sich im Kopfe was herumdrehte." — ,,Wovor Angst?" — ,,Das weiß ich selbst nicht." Dann aber: ,,Im Kopfe hat sich der Gedanke eingenistet, daß ich nicht mehr gesund werde." — ,,Warum glauben Sie das?" — ,,Weil ich glaube, mein Geist ist zerrüttet. Von dem Tage an, wo die Angst auftrat, habe ich immer gegrübelt. Es war, als wenn im Kopf etwas zerfressen wird, als wenn sich darin etwas dreht und frißt. — Ich halte mich für unheilbar geisteskrank, für irre, weil ich immer an meine Krankheit denke. Ich habe im Kopf ein leeres Gefühl, als ob alles raus wäre." — ,,Weshalb traurig?" — ,,Daß ich nicht besser wurde; ich habe viel geweint, konnte mich nicht um die Wirtschaft kümmern. Und es war mir alles gleichgültig, so sehr ich auch sonst Interesse hatte. Die Lust, mit der ich in der Wirtschaft arbeitete, ist weg. — Mir geht alles vor den Augen schnell vorüber, als wenn Rauch aufzieht. Manchmal habe ich gar nichts im Kopf, als wenn ich die Sinne verloren hätte. Helfen Sie mal doch auf meine Gedanken!" — ,,Vorwürfe?" — ,,Nur deshalb, daß ich früher nichts für mich getan habe."

Im Anschluß an das Erbrechen äußerte die Pat.: ,,Ich denke, daß der Magen durch das lange Erbrechen verengt ist; ich habe das Gefühl, als ob die Speisen nicht

in den Magen, sondern in den Rücken gehen. Die Speisen kommen unverdaut wieder aus. Ich habe auch kein Blut mehr.“

Nachdem die Angstzustände an Stärke abgenommen haben: „Ich habe keine Angst mehr, weil mir das Blut fehlt. Das Luftholen wird mir schwer; ich denke, daß ich falle eines Tages um und bin tot. Ich habe in der „Woche“ gelesen, daß Nervenstörung zu Körper- und Geistesverblödung führt.“ Am 16. VI. 08 als ungeheilt entlassen.

Epikrise: *Bei einer hysterisch veranlagten Patientin haben sich melancholische Symptome mit starker hypochondrischer Färbung der Wahnideen entwickelt. Die Krankheit hat einen chronischen Verlauf angenommen.*

Schon bei ganz oberflächlichem klinischen Betrachten des Wahninhaltes bei der Melancholie der Psychopathen ist auffallend, daß bei einem Teil dieser Patienten, namentlich bei den Fällen VII, VIII, IX und XII, also unabhängig von der Art der zugrunde liegenden funktionellen Neurose, die hypochondrischen Wahnvorstellungen einen ausgedehnten Umfang angenommen haben. Diese Tatsache wohl veranlaßte Heller (25), der übrigens die Bedeutung der psychopathischen Konstitution erkannt und entsprechend gewürdigt hat, in dieser Beziehung außer der Neurasthenie und der Hysterie noch eine selbständige Gruppe der „Hypochondrie“, welche die Fälle mit entsprechend ausgeprägter Wahnbildung umfassen sollte, zu eliminieren. Es besteht aber heute endgültig eine Übereinstimmung darüber, daß die Hypochondrie nur symptomatische Bedeutung hat und eine krankhafte Praedisposition ist, welche ebenso bei der Neurasthenie wie bei der Hysterie oder bei anderen Erkrankungsarten vorzukommen pflegt (Wollenberg). Deshalb hat Ziehen (73) vorgeschlagen, in denjenigen Fällen der auf dem Boden einer psychopathischen Konstitution entstandenen Melancholie, wo die hypochondrischen Wahnideen über das Krankheitsbild dominieren, von einer „hypochondrischen neurasthenischen Melancholie‘ und einer „hypochondrischen hysterischen Melancholie“ (oder „hypochondrischen Hysteromelancholie“) zu sprechen, um damit einerseits symptomatisch die Wahnrichtung, andererseits auch den klinischen Charakter der diese Tendenz hervorrufenden Neurose zu betonen.

Während demnach ein Teil der degenerativen Fälle als hypochondrisch bezeichnet werden muß, zeigt der andere, namentlich die Fälle IV, V, X und XI, eine ganz andere, für die gewöhnliche Melancholie ebenfalls atypische Wahnrichtung, nämlich die Beziehungs- und Verfolgungsvorstellungen, also Erscheinungen, die einen paranoiden Charakter haben. Mit Rücksicht auf die entsprechenden Diagnosen der oben erwähnten und auch anderer ähnlicher Fälle muß man annehmen, daß die paranoiden Eigenschaften, welche Friedmann (18) als charakteristisch für die erste Gruppe der neurasthenischen Melancholie bezeichnet hat, analog der Hypochondrie bei verschiedenen nosologischen Abarten der psychopathischen Konstitution vorkommen und das Bild der darauf sich entwickelnden Melancholie modifizieren. Es ist deshalb zweckmäßig, neben einer nosologischen Klassifikation, wie

sie Ziehen (71) für verschiedene Gruppen seiner psychopathischen Konstitution durchgeführt hat, die atypischen Wahnrichtungen in den durch verschiedenartige konstitutionelle Eigenarten modifizierten Krankheitsbildern symptomatisch in zwei Hauptgruppen, die der hypochondrischen und die der paranoischen Tendenz, einzuteilen. Bei systematischer Besprechung der entsprechenden Wahnqualitäten wird infolgedessen näher auf die Beziehung der Melancholie zu der sog. „Hypochondrie" und zu der Paranoia eingegangen.

II. Die Entstehung der melancholischen Wahnvorstellungen.

Nachdem Baillarger (2) im Jahre 1850 das „Délire mélancholique" beschrieben hatte, wurden die Wahnideen als Grundlage bei der klinischen Gruppierung der Melancholie verwertet, was Krafft-Ebing (31) und Roubinovitch et Toulouse (46) und Masselon (40) in ihren Monographien später getan haben. Außerdem hat man sich mit den melancholischen Wahnvorstellungen auch vom allgemein-psychopathologischen Standpunkte aus beschäftigt, wobei besonders viel Aufmerksamkeit der Entstehungsfrage gewidmet wurde. Griesinger (22) hat die Meinung ausgesprochen, daß bei der primären quälenden Verstimmung das Kausalitätsbedürfnis nach der Ursache der Traurigkeit verlangt, und, wenn sich der Kranke diese Frage stellt, die Vorstellungen, welche seinerzeit mit dem negativen Gefühlston verbunden waren, tauchen auf, werden fixiert und beherrschen zeitweise das Bewußtsein; die Wahnvorstellungen sollen also Erklärungsversuche der emotionellen Anomalie sein, zu welchen „das logische Gefühl" den Kranken treibt. Eine derartige Auffassung der Pathogenese der depressiven Wahnideen ist zwar in manchen Beziehungen recht plausibel; aber es existiert kein objektiver Beweis dafür, daß der Melancholiker sich wirklich überlegt, wie die für ihn unverständliche motivlose Depression entstanden ist, und also auch dafür, daß die Wahnvorstellungen tatsächlich auf dem logischen Wege entstehen; jedenfalls man darf nicht von einer kausalen Wirkung des Affekts sprechen, sich ausschließlich darauf stützend, daß die Depression und die Angst im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen, und daß parallel dazu sich die Wahnvorstellungen entwickeln. Trotzdem hat die Griesingersche Theorie viele Anhänger bis zu der neuesten Zeit gefunden. So nimmt Krafft-Ebing (31) an, daß das Bewußtsein der tiefen Erniedrigung des Selbstgefühls nach den Ursachen dieses Zustandes entweder in den Vorstellungen über die Außenwelt oder in den Empfindungen des eigenen Körpers sucht; in dieser Beziehung ist der melancholische Wahn ein Resultat der reflektierten Tätigkeit des pathologisch veränderten Bewußtseins; er entsteht auf dem Wege der Assoziation mit anderen Vorstellungen und erscheint demnach „als ein logisch gegliederter, systematischer". Die schärfste Definition in dieser

Richtung wurde von W e r n i c k e (61) gegeben, der unter dem Erklärungswahn normale Äußerungen des Bewußtseins, also eine nachträgliche Korrektur des durch die sejunktiven Vorgänge veränderten Bewußtseinsinhaltes, versteht. Deshalb soll bei der Bildung der Erklärungswahnideen die Denkfähigkeit und das logische Bedürfnis erhalten sein. Von den französischen Autoren hält auch D u m a s (10) die melancholische Wahnbildung für einen bewußten Willensvorgang, denn: „Sous le coup de fouet de la douleur morale les facultés de synthèse renaissent, se reforment, tendent à l'interprétation et à la recherche". Infolgedessen soll bei der Formierung der Wahnideen ebenfalls die bewußte Überlegung tätig sein. Nach R o u b i n o v i t c h et T o u l o u s e (46) sucht der Melancholiker bei dem erhaltenen Erklärungsbedürfnis nach den eventuellen Ursachen seines Zustandes. Dagegen vertritt ein auf dem Gebiete der Wahnideen so verdienter Forscher wie S é g l a s diese Anschauung in einer schon etwas modifizierten Form. Er betrachtet namentlich die Wahnvorstellungen als Folgen einer nicht vollständig bewußten Überlegung. Die Störungen in den intellektuellen Vorgängen, welche bei der Melancholie bestehen, rufen eine gewisse Automatie der Ideenassoziation hervor, wodurch gewisse Vorstellungen geweckt werden, die dann erst zur Erklärung des Gemütszustandes gebraucht werden.

Gegen derartige Auffassungen ist am schärfsten G r a s h e y (21) aufgetreten, der die Meinung ausgesprochen hat, daß die affektiven Wahnideen weder durch einen bewußten Erklärungsversuch noch durch eine unbewußte Automatie zustande kommen. Infolge des herabgesetzten Ernährungszustandes des Gehirns, der unter der Annahme der M e y n e r t schen Hypothese den klinischen Erscheinungen der Melancholie zugrunde liegt, werden nach G r a s h e y nur diejenigen Assoziationen zustande gebracht, welche eine geringe Intensität des Erregungsvorganges verlangen; in dieser Beziehung sollen die schmerzlichen Erinnerungsbilder am leichtesten erregbar sein; sie werden deshalb assoziativ geweckt und beherrschen das Bewußtsein. Diese Theorie von G r a s h e y ist etwas willkürlich; denn erstens setzt sie die Richtigkeit der M e y n e r t schen Hypothese voraus, wonach bei der Melancholie eine Hirnanämie bestehen soll, zweitens ist sie aufgebaut auf einer unerklärten und, wie wir sehen werden, unrichtigen Annahme, nämlich, daß die schmerzlichen Erinnerungsbilder mit dem geringsten Energieverbrauch einhergehen. Jedenfalls aber muß man zugeben, daß G r a s h e y zweifellos viel tiefer als seine Vorgänger in die Entstehungsursachen der affektiven Wahnideen eindringen wollte.

Z i e h e n (73) behandelt die Frage des „Erklärungsversuchs" sehr kritisch; er betont ausdrücklich, daß der logische Zusammenhang zwischen der Affektstörung und der Wahnidee fast niemals zum Bewußtsein des Kranken kommt; er sagt darüber: „Der Zusammenhang ist keineswegs so zu denken, als zöge der Kranke einen bewußten Schluß: ich bin so heiter und fühle mich so glücklich, also es muß etwas Besonderes

sein." Die Wahnbildung ist nur abhängig von der Stimmungslage nach den Gesetzen der Assoziation, und der konsequente Verlauf des psychopathologischen Prozesses ist nur durch die Analyse des objektiven Beobachters festgestellt und ist also nicht als das Resultat eines bewußten Schlußprozesses aufzufassen.

Was die klinische Beobachtung in dieser Richtung anbetrifft, so macht Kräpelin (33) auf eine wichtige gegen die Griesinger-sche Theorie sprechende Tatsache aufmerksam, nämlich darauf, daß viele Melancholiker sich gegen die bei der Verstimmung auftretenden Krankheitswahnideen wehren. Diese Erscheinung wurde auch bei unseren Fällen beobachtet. Z. B. hat der Pat. IV, bei welchem die Verarmungs- und Verfolgungsvorstellungen stark ausgeprägt waren, trotzdem ein Bedenken über die Richtigkeit derselben geäußert: „Ich bin doch in meinem Leben immer ehrlich gewesen; ich weiß nicht, womit ich das verdient habe; ich habe mich doch immer ehrlich durch die Welt gebracht."

Außerdem muß man in Betracht ziehen, daß oft, wie wir es in den Fällen V und X gesehen haben, die Melancholiker direkt im Anschluß an die Mitteilung ihrer Wahnideen überhaupt nicht wissen, in welcher Weise sie auf derartige Gedanken gekommen sind. Eine Täuschung über die anscheinend bewußte, durch das Kausalitätsbedürfnis hervorgerufene Entstehung des „Erklärungswahns" kommt für den Beobachter manchmal dadurch zustande, daß die Kranken nach dem Ablauf der Melancholie die Vorstellungen, durch welche sie zur Zeit der Depression gequält wurden, erzählen und zugleich retrospektiv dieselben logisch zu ordnen versuchen, während bei der Affektstörung diese Wahnvorstellungen ohne jeden Zusammenhang geäußert wurden und dem Melancholiker unverständlich waren.

Derselbe Pat. X hat in den Angstzuständen gefürchtet, aus der Stellung entlassen zu werden, und auf die Frage: „Wie kommen Sie auf diese Gedanken?" antwortete er: „Das weiß ich nicht." Bei der retrospektiven Anamnese vor der Entlassung hat er aber, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich ist, schon einen Zusammenhang zwischen verschiedenen wahnhaften Momenten gefunden und alles logisch erklärt.

Bei dieser Erscheinung handelt es sich um eine wirklich „nachträgliche" Korrektur des Bewußtseins, nachdem die durch Affektstörung entstandene überwertige Idee und die darauf folgende Fixierung gewisser Vorstellungen geschwunden ist. *Manche klinische Tatsachen widersprechen also der Annahme eines logischen Zusammenhanges zwischen der Depression und der Wahnbildung.* Man kann über die Beziehung des Affekts zur Entstehung der Wahnideen nur bei einer näheren Analyse der dabei sich vollziehenden psychischen Vorgänge urteilen; da aber klinisch das Ausgangsmoment für die melancholische Wahnbildung durch die Primärsymptome dargestellt wird, so muß erst auf das Wesen der emotionellen Zustände, namentlich der Gefühle und der Affekte, eingegangen werden.

Die Gefühlsvorgänge befinden sich in einer engen Abhängigkeit von den organischen Prozessen, welche sich im Körper vollziehen. „Sous la forme la plus basse — sagt darüber Masselon (40) — la vie affective n'est que la conscience de la vie organique.“ Dementsprechend sind nach der weit verbreiteten James-Langeschen Theorie (35) die Veränderungen der Herztätigkeit, der Atmungsfunktion, der Blutverteilung und der motorischen und sekretorischen Innervationen, die man früher für Folgen der psychischen Zustände hielt, im Gegensatz dazu als reflektorische Wirkungen der sinnlichen Eindrücke anzusehen. Die bei diesen Vorgängen entstehenden Organempfindungen sind eben, wie es Wernicke (61), Forster (14) und Heilbronner (24) hervorgehoben haben, die Grundlage der Affekte, indem sie bei starken Reizen die Schmerzempfindungen hervorrufen, wodurch der negative Gefühlston zustande kommt; durch das Schwinden des schmerzlichen Sinneseindrucks soll dagegen das positive Lustgefühl erzeugt werden. Bleuler (3) ist auch der Meinung, daß die einfachsten Affekte, das Lust- und Unlustgefühl, welche besonders bei den affektiven Psychosen in Betracht kommen, sich mit Leichtigkeit auf die Abhängigkeit von den körperlichen Zuständen zurückführen lassen und erst in dieser Weise gut verständlich sind. Diese Anschauung hat neuerdings eine Stütze aus dem normalpsychologischen Gebiete erhalten; es wurde namentlich von Stumpf (57) hervorgehoben, daß den „sinnlichen Gefühlen“ (den Gefühlstönen der Empfindungen) die Sinnesempfindungen des Schmerzes und der körperlichen Lust zugrunde liegen. Die Schmerzempfindungen hinterlassen im Gehirn wie alle Empfindungen ihre Gedächtnisbilder, die „Gefühlssinnvorstellungen“. Demnach besteht die Gefühlsbetonung der anderen sinnlichen Eindrücke ausschließlich in einer Mitempfindung (wahrscheinlich zentraler Art), welche mit der peripheren Perzeption sich assoziiert und also mit dem Vorgange der „Irradiation“ (Ziehen) identisch ist; die Gefühlsbetonung der Vorstellungen kommt in einer ähnlichen Weise durch eine assoziative Verknüpfung derselben mit dem Erinnerungsbilde des Schmerzes zustande. Von diesem Standpunkte betrachtet, soll die melancholische Verstimmung, was schon besonders die französischen Autoren wie Dény et Camus (8), Gilbert Ballet und Anglade betont haben, in einer Störung der „coenesthésie“ bestehen; *die Depression ist also auf eine Steigerung der dem Gehirn zugeleiteten Organempfindungen zurückzuführen.* Für eine derartige Annahme sprechen einige klinische Beobachtungen, z. B. die Tatsache, daß die Melancholie bei den Frauen viel häufiger als bei den Männern vorzukommen pflegt. Man muß bei der Beurteilung dieser Frage in Betracht ziehen, daß der weibliche Körper in verschiedenen Lebensperioden vielen physiologischen Umwandlungen (der Gravidität usw.) und dadurch auch den mannigfachen pathologischen Prozessen, wie z. B. der Gastroenteroptose, den Lageanomalien der Gebärmutter usw., unterliegt; in dieser Weise ist eben eine Grundlage für die wechselnden ab-

normen Reizzustände in den Organempfindungsnerven gegeben. Auch die Verstimmung, welche bei einer ohne Einfluß des Zentralnervensystems entstehenden Obstipation aufzutreten pflegt, läßt sich wohl auf eine Steigerung der somatopsychischen Perzeption zurückführen.

Da von diesem Standpunkte aus die emotionelle Anomalie als ein assoziativer Vorgang betrachtet wird, da sie, wie es Stumpf definiert hat, nicht zu den Funktionen des Bewußtseins, sondern zu dem „Material“ desselben gehört, so entsteht die für den Begriff der affektiven Wahnbildung wichtige Frage, wie sich dabei die Wirkung der Gefühlskomponente auf den Assoziationsprozeß gestalten wird. Nach Ziehen (74) werden bei der Ideenassoziation diejenigen Vorstellungen geweckt, welche sich in einer nach dem „Gleichzeitigkeitsprinzip“ entstandenen assoziativen Verwandtschaft befinden und eine analoge Gefühlsbetonung wie auch eine günstige Konstellation besitzen. Unter der Annahme, daß die Depression in einer Steigerung der Organempfindungen besteht, muß man den die Wahl der „im Wettbewerb“ stehenden Vorstellungen bestimmenden Einfluß des Gefühlstons als eine Abart der assoziativen Verwandtschaft nach dem Prinzip der Gleichzeitigkeitsassoziation auffassen. Deshalb werden unter der Wirkung der Depression diejenigen Vorstellungen reproduziert, welche mit einem gleichen negativen Gefühlston einhergegangen sind, und andererseits werden diejenigen Empfindungen als Erinnerungsbilder fixiert, welche ebenfalls entsprechend gefühlsbetont sind; in dieser Weise wird durch die Affektstörung eine Veränderung des Bewußtseinsinhaltes erzielt, denn es werden gewisse Gruppen der intellektuellen Komponente, welche das Material für die Urteilsassoziation bilden, in den assoziativen Vorgängen bevorzugt.

Als ein Beispiel davon kann die Betrachtung der Wahnbildung bei folgendem *Fall XIII* dienen. Bertha P., 22 Jahre, erkrankte infolge einer gemütlichen Aufregung, nachdem ihr Bräutigam die Hochzeit verschieben wollte, weil er angeblich viel Geld durch die Polizeistrafen eingebüßt habe. Es hat sich eine typische Melancholie mit Angst entwickelt, an welche anschließend die Pat. folgende Wahnvorstellungen geäußert hat: „Die Polizei wird mich bald rausschmeißen. Ich habe nichts zu essen und anzuziehen.“ (Diese Äußerung wurde öfters wiederholt.) Wir sehen hier eine gewöhnliche Verarmungsvorstellung (ich habe nichts zu essen), wie sie typisch bei der Melancholie vorzukommen pflegt, mit einer komplementären Verfolgungsvorstellung assoziiert. Da die Vorstellungen: „die Verfolgung“, „die Polizei“, seinerzeit bei der Mitteilung des Bräutigams negativ gefühlsbetont wurden und mit dem Begriff der Verarmung ziemlich eng verbunden waren, so wurden sie, nachdem die melancholische Depression und Angst sich eingestellt hatten, infolge einer entsprechenden assoziativen Verwandtschaft nach dem Gleichzeitigkeitsprinzip und der günstigen Konstellation wieder geweckt und mit der Verarmungsvorstellung verknüpft.

Der Melancholiker kann also, wie auch Bleuler (3) schon betont hat, nur diejenigen Bilder zuziehen, welche mit dem depressiven Affekt verbunden sind. Deshalb entstehen die „pathologischen Irrtümer“, welche so lange bestehen, bis die lustbetonten Gegenvorstellungen gehemmt sind, und die Korrektur der wahnhaften Vorstellungen infolge einer derartigen assoziativen Konstellation unmöglich ist. Demnach

handelt es sich bei der melancholischen Wahnbildung nicht um die „Folgen des Kausalitätsbedürfnisses", *nicht um irgendwelche bewußte logische Erklärungsversuche*, wie es Griesinger, Wernicke und ihre Anhänger behauptet hatten, *sondern um einen assoziativen Vorgang, der unter der entsprechenden Affektwirkung automatisch zustande kommt.* Man kann in dieser Beziehung Masselon (41) zustimmen, wenn er darüber sagt: „Il s'agit d'associations immédiats et non de l'élaboration d'idées par une sorte de raisonnement conscient ou inconscient," denn die Wahl der intellektuellen Komponente der Assoziation wird durch das Gefühl bestimmt, und man kann hier von einem „Raisonnement affectif", welches Ribot (45) im Gegensatz zu der logischen Überlegung folgendermaßen charakterisiert hat:

„Une disposition emotionelle, permanente ou temporaire est cause d'association des états intellectuels. L'humeur joyeuse, mélancolique, l'amour, la haine ne suscitent que les associations d'idées qui conviennent à la situation actuelle. Les autres sont exclues. L'état affectif provoque, soutient les perceptions et représentations, mais reste lui-même en déhors de tout mécanisme d'association."

Daraus wird es verständlich, weshalb die Depression zur Reproduktion derartiger Vorstellungen führt, welche bei einer ausschließlich klinischen Betrachtungsweise als Resultat einer Überlegung und als ungelungene Erklärungsversuche aufgefaßt werden konnten. Die nähere Analyse der bei affektiver Wahnbildung sich vollziehenden Vorgänge ergibt aber, daß der „Erklärungswahn" in dem Sinne, wie es Griesinger (22) postuliert hat, und wie es noch heute viele Autoren verstehen, nicht anzunehmen ist. Der Begriff des Erklärungswahns läßt sich aber erhalten, erstens, um den Gegensatz zu dem paranoiden Beziehungswahn zu betonen, und zweitens, um den geschilderten Zusammenhang der Wahnbildung mit der emotionellen Anomalie hervorzuheben. Denn, nachdem die Wahnvorstellungen auf dem Wege der unbewußten Assoziation schon entstanden sind, erst dann werden sie ein Gegenstand der Überlegung, erst dann wollen die Melancholiker ihre wahnhaften Vorstellungen mit der Stimmung in Zusammenhang bringen und versuchen, dieselben sekundär zu begründen. Oft aber finden dabei die Kranken viele Gegensätze in ihrem Bewußtseininhalt und das ist eben die Ursache der Erscheinung, daß der Melancholiker sich gegen die überwertige Kleinheitsvorstellung verteidigt.

Die melancholischen Wahnideen werden aber nicht ausschließlich durch die emotionelle Anomalie zustande gebracht; denn eine wichtige Rolle spielt bei der Bildung der inhaltlichen Störungen, wie es sich besonders bei der Betrachtung einiger charakteristischer Abarten des Kleinheitswahns herausstellen wird, auch das zweite Hauptsymptom der Melancholie, die Denkhemmung. Die Ursache der letzten Erscheinung liegt bei den affektiven Psychosen, wie es Ziehen (73) hervorgehoben hat, in denselben ätiologischen Krankheitsmomenten, welche die Affektstörung hervorrufen; und deshalb eben sind die beiden Hauptsymptome der Melancholie als koordiniert aufzufassen. Diese Ansicht erhielt eine weitgehende Stütze in der erwähnten Stumpfschen

Anschauung, nach welcher das Unlustgefühl sich auf eine Steigerung der Organempfindungen zurückführen läßt; denn von diesem Standpunkte aus muß bei der Auslösung dieser gesteigerten Funktion ein viel höherer Energieverbrauch als bei normalen Zuständen bestehen. Dadurch aber ist *die zur Reproduktion der Erinnerungsbilder nötige Energie gleichzeitig vermindert, woraus eben die Assoziationshemmung resultiert.* Man kann deshalb hier nicht von einer sekundären, durch die Affektstörung hervorgerufenen Denkhemmung sprechen; denn die Herabsetzung der Geschwindigkeit des Assoziationsverlaufs steht auf derselben pathogenetischen Stufe wie die Depression. Infolgedessen entwickeln sich die Wahnvorstellungen, welche durch Hemmung hervorgerufen werden, in einer ähnlichen Weise wie diejenigen, welche unter der Wirkung der Affektstörung zustande gekommen sind. Die Melancholiker fühlen, daß das Denken ihnen schwer wird (z. B. Fall II), daß sie nicht imstande sind, ihre alltäglichen Pflichten auszufüllen (Fälle IV und X). Die Verlangsamung der Assoziationsvorgänge wird von den Kranken schmerzlich empfunden; unter der koordinatorischen Mitwirkung des nebenbei bestehenden negativen Gefühlstons wird diese Empfindung des erschwerten Gedankenablaufs fixiert, sie bekommt infolgedessen eine gesteigerte Vorstellungsintensität (Z i e h e n) und wird in dieser Weise zu einer „überwertigen Idee von subjektiver Insuffizienz" (W e r n i c k e, F o r s t e r). Ähnlich also, wie die Affektstörung zur Wahl der entsprechenden gefühlsbetonten Erinnerungsbilder führt, tut dies auch die Denkhemmung, indem sie eine günstige assoziative Konstellation für gewisse Vorstellungskomplexe bildet; die letzteren bilden das „Material" für die entsprechenden Wahnideen. Es entsteht aber die Frage ,wie sich die Beziehung derartiger Wahnvorstellungen zu der Depression gestaltet, und ob man sie auch als „affektiv" bezeichnen darf. Wenn der Affekt hier zwar nur sekundär (im Sinne der Koordination) an einen durch die intellektuelle Störung begünstigten zirkumskripten Vorstellungskomplex gebunden ist, dann werden die assoziativen Vorgänge, wie es B l e u l e r (3) betont hat, ebenso wie bei der allgemeinen primären Depression reguliert; namentlich auch in diesem Falle werden die gleichbetonten Erinnerungsbilder gefördert, die entgegengesetzten gehemmt. Daraus folgt, daß zwischen den aus so verschiedenen Quellen wie die Depression und die Hemmung stammenden Wahnvorstellungen keine wichtigen symptomatische Differenzen bestehen, denn der Entstehungsmodus, „die Entwicklungsmechanik", beruht in beiden Fällen auf denselben assoziativen Prinzipien. Deshalb läßt sich auch klinisch zwischen diesen Abarten keine scharfe Grenze durchführen, und in bezug auf die gemeinsamen charakteristischen Eigenschaften müssen auch die durch die Denkhemmung hervorgerufenen Wahnvorstellungen zu der Gruppe der „affektiven Wahnideen" zugerechnet werden.

Der Einfluß der Hemmung gestaltet sich aber viel enger, als W e r n i c k e, welcher alle Wahnvorstellungen auf die intrapsychische

Hypofunktion zurückzuführen versuchte, behauptet hat. Insbesondere ist es fraglich, ob man die bei der Melancholie so häufigen Angstvorstellungen als die Folgen des Insuffizienzgefühls auffassen darf. Bei dem heutigen Stand der Forschung ist es ungemein schwierig zu urteilen, welche Vorgänge sich beim Zustandekommen des Angstaffekts vollziehen, und welche Bewußtseinskomponente resp. welche Hirnbezirke dabei beteiligt sind. Dementsprechend bestehen in dieser Frage viele Meinungsdifferenzen, besonders darüber, was die pathogenetische Abhängigkeit der Angst von der primären Verstimmung und die Beziehung zu den körperlichen Sensationen anbetrifft. Im Gegensatz zu der erwähnten Anschauung Wernickes behaupten viele Autoren, daß der Angstaffekt eine Steigerung der melancholischen Depression sei; ein so ausgezeichneter Kenner der Melancholie wie Masselon (40) versteht unter „l'anxiété" überhaupt nur eine Stufe der emotionellen Anomalie, denn „la douleur morale acquiert un degré d'intensité variable depuis les états de souffrance sans réaction, de douleur morale moyenne jusq' à ceux d'anxiété intense". Diese Anschauung spielt übrigens eine vermittelnde Rolle zwischen allen einseitigen Theorien der Angst insofern, als die „douleur morale" von der einfachen Depression („tristesse passive") unterschieden wird und im Anschluß an Séglas auf zweierlei Ursachen, nämlich einerseits auf eine Störung der „coenésthesie", andererseits auch auf die Hemmung, zurückgeführt wird. Trotzdem läßt sich auch diese in mancher Beziehung recht plausible Auffassung Masselons nicht ohne gewisse Bedenken annehmen. Der Angstaffekt erscheint zwar im Krankheitsbilde der Melancholie, wie es unsere Fälle zeigen, erst dann gewöhnlich, wenn die Hauptsymptome bis zu einem gewissen Grade schon ausgebildet sind, so daß es sich anscheinend um eine Steigerung der Depression, um eine Fortsetzung der Intensitätskurve dieses Symptoms handelt. Aber ebenso wie bei der Frage nach der ursächlichen Beziehung zwischen der Affektstörung und der Wahnbildung darf man auch hier nicht, sich auf diese Tatsache stützend, sagen, daß zwischen der Verstimmung und dem Angstaffekt ein genetischer Zusammenhang besteht. Gegen eine derartige Auffassung sprechen auch einige klinische Beobachtungen, z. B. die Tatsache, daß in manchen Fällen die Angst erst dann hervortritt, nachdem die Depression schon längere Zeit kontinuierlich gewesen ist, und nachdem keine Verstärkung derselben zuletzt zu konstatieren war; ein andermal dagegen wird das Krankheitsbild von der Angst beherrscht, ohne daß die Verstimmung besonders stark ausgeprägt war. Eine Beziehung zwischen den melancholischen Hauptsymptomen und der Ausbildung der Angst besteht aber jedenfalls insofern, als die Angstvorstellungen bei Melancholie assoziativ geweckt werden, indem sie mit dem depressiven Affekt eng verknüpft sind und in einer günstigen Konstellation sich befinden. Die peripheren innervatorischen Störungen in bezug auf die Vasokonstriktion und auf den Tonus der Muskulatur, deren Wahrnehmung unangenehme in entsprechenden Organen loka-

lisierte Sensationen zustande bringt, werden erst sekundär durch den „intrakortikal" (Ziehen) oder „intrapsychisch" (Forster) entstandenen Angstaffekt reflektorisch hervorgerufen. Durch die so bewirkten abnormen Organempfindungen werden die Angstvorstellungen gebahnt, was, wie die klinische Beobachtung lehrt, eine Verstärkung des Angstaffektes zur Folge hat. Diese letzte Tatsache spricht erst wirklich für eine Abhängigkeit der Angstvorstellungen von dem „Bewußtsein der Körperlichkeit" und für eine gewisse genetische Verwandtschaft mit der traurigen Verstimmung; denn bei der Entstehung beider Affekte ließe sich demnach eine Hyperfunktion der kortikalen Komponente der Organempfindungen vermuten. Trotzdem muß es dahingestellt bleiben, ob es sich bei beiden Arten der emotionellen Anomalie nur um einen Intensitätsunterschied desselben pathologischen Vorganges handelt.

Die Betrachtung der Entstehungsbedingungen der melancholischen Wahnideen hat ergeben, daß die abnormen assoziativen Momente die Wahl der entsprechenden Vorstellungen bestimmen. Durch eine ungleichmäßige Inanspruchnahme der bestimmten Erinnerungsbilder bekommen die in dieser Beziehung bevorzugten eine „gesteigerte Vorstellungsintensität", woraus ein Wegfall der Normalwertigkeit dieser Komponente des Bewußtseins resultiert, so daß die melancholischen Wahnideen auf einem ähnlichen Wege wie die „überwertige Idee" entstehen. Diesen letzten Begriff hat Wernicke (61) aufgestellt, um eine intellektuelle Störung zu charakterisieren, die eine Zwischenstufe zwischen der Wahnvorstellung und der Zwangsvorstellung darstellen soll, indem sie einerseits von den Kranken als quälend empfunden, andererseits aber als berechtigt erkannt wird (im Gegensatz zu der Zwangsvorstellung, deren Unrichtigkeit von den Patienten immer zugegeben wird). Ziehen dagegen versteht unter der Überwertigkeit nur eine Eigenschaft gewisser Vorstellungen, welche gewöhnlich unter der Wirkung des Affekts entsteht und bei verschiedenen inhaltlichen Störungen des Bewußtseins, namentlich ebenso bei den Zwangsvorstellungen wie bei Wahnvorstellungen, vorkommen kann. Bei der Beurteilung dieser Meinungsdifferenz muß man daran denken, daß Ziehen eine besondere Gruppe der affektiven Wahnideen im Gegensatz zu den paranoiden annimmt, während wir bei Wernicke keine derartige Einteilung finden. Der Begriff der „überwertigen Idee" dient hier deshalb hauptsächlich zur Betonung des affektiven Charakters bestimmter Wahnideen; denn der quälende Charakter derartiger Vorstellungen ist eben für die im Anschluß an die Depression entstandenen Wahnideen eigentümlich und kann demnach nicht als eine Grundlage zur Abtrennung dieser Erscheinungen von der Gruppe der Wahnvorstellungen dienen. Es handelt sich also bei dieser Frage nur um verschiedene klassifikatorische Prinzipien. Was aber das Wesen der „Überwertigkeit" anbetrifft, kann man annehmen, daß bei dieser Erscheinung

die stark negativ gefühlsbetonten Vorstellungen verharren und das Übergewicht im Vergleich zum sonstigen Inhalt des Bewußtseins bekommen; sie werden infolgedessen viel leichter reproduzierbar und kommen bei dem Denkprozeß immer zum Vorschein. Dadurch ist auch eine weitere Eigenschaft der melancholischen Wahnvorstellungen erklärlich, nämlich die Monotonität derselben und eine Neigung zur Perseveration. Die meisten Melancholiker bewegen sich auf der Höhe der Erkrankung im engen Kreise ihrer Wahnvorstellungen, welche fortwährend wiederholt werden; am deutlichsten kommt diese Erscheinung in den Fällen V, VI, IX zum Vorschein. Es ist dabei eigentümlich, daß die schon öfters wiederholten Wahnideen gewöhnlich in der Weise wieder geäußert werden, als ob der Kranke diese Gedanken zum erstenmal vertrauensvoll dem Untersucher mitteilen wollte. So wiederholte z. B. die Pat. V monatelang die Behauptung: „Ich habe gesündigt, ich habe nicht die Wahrheit gesagt, daß ich lungenkrank bin.“ Dasselbe Phänomen sehen wir auch in degenerativen Fällen, wo die Hemmung nicht stark ausgeprägt ist; so sprach die Pat. IX immer: „Ich habe kein Blut mehr und werde nicht mehr gesund.“

Die beiden Eigenschaften der melancholischen Wahnvorstellungen, die Überwertigkeit und die Monotonität, sind auch für eine andere Abart der intellektuellen Störungen, nämlich für die Zwangsvorstellungen, charakteristisch. Nach Ziehen (73) gehören diese Symptome zu einer gemeinsamen Gruppe, welche die Störungen der normalen Beziehungen der Persönlichkeit zur Außenwelt umfassen soll; auch Wernicke nimmt an, daß zwischen der Zwangsvorstellung und der Wahnidee nur graduelle Unterschiede bestehen. Kräpelin (33) dagegen definiert die Zwangsvorstellung als eine Störung des Gedankenganges, wonach die gefühlsstarken Vorstellungen im Denkprozeß die Zielvorstellungen überwinden und sich in das Bewußtsein eindrängen; die Wahnidee betrachtet er als eine Störung des Urteils, als eine krankhaft verfälschte Vorstellung, die der Berichtigung nicht zugänglich ist. Der Unterschied, welcher nach dieser letzteren Auffassung zwischen beiden krankhaften Erscheinungen bestehen soll, ist jedoch nur scheinbar, da die Kräpelinsche Definition der Zwangsvorstellungen vom pathogenetischen Standpunkte gegeben wird, dagegen die der Wahnideen nur synthetisch ist. Die Irrtümer im Urteilsprozeß kommen eben dadurch zustande, daß bei den Wahnbildungen, trotz der intakten Urteilsfunktion, das Urteilsmaterial entsprechend verfälscht wird, während bei der Zwangsvorstellung es nur einseitig fixiert ist, und dadurch eine gleichzeitige Korrektur möglich ist. Deshalb kann man die Zwangsvorstellungen und die Wahnideen als zwei verschiedene Stufen desselben krankhaften Prozesses betrachten, wofür auch die klinischen Beobachtungen sprechen werden. Eine derartige Anschauung ist in mancher Beziehung dem Standpunkte von Friedmann (17) ähnlich, der einerseits die Zwangsvorstellungen zu den „überwertigen Ideen“ rechnet, andererseits die letzten als „unvollendete Vorstellungen“

(wahrscheinlich im Sinne des Urteils), demnach für das hauptsächlichste Moment in der Entstehung des Wahns, betrachtet.

Aus allen diesen Definitionen wird aber ersichtlich, daß in bezug auf die Abgrenzung der Zwangszustände noch keine endgültige Übereinstimmung besteht. So werden von Wernicke, außer der erwähnten Sonderstellung der „überwertigen Idee", auch diejenigen Vorstellungen, welche von den Kranken als *fremd*, ihnen nicht gehörig empfunden werden, als eine selbständige Gruppe abgetrennt und als „*autochthone Idee*" bezeichnet; infolgedessen soll sich die *Zwangsvorstellung nur durch das Unrichtigkeitsbewußtsein* auszeichnen. Dagegen ist nach Fauser (13) und Kräpelin (33) das Fremdseingefühl ein eben für die Zwangsvorstellung charakteristisches Merkmal. Ziehen hat den Begriff der Zwangserscheinungen (71) viel breiter aufgefaßt, als es Wernicke getan hat; er versteht darunter psychische Prozesse, welche sich *nicht nur durch Überwertigkeit und das Unrichtigkeitsbewußtsein, sondern auch durch das Fremdgefühl (oder das Fremdbewußtsein)* auszeichnen; diese letzte Eigenschaft soll in dem Gefühl (oder in dem Erkenntnis) des Fremdcharakters gewisser Vorstellungsgruppen in bezug zu dem übrigen Inhalt des Bewußtseins bestehen, z. B. sagt eine Kranke (Fall XII): „Im Kopf hat sich der Gedanke eingenistet, daß ich nicht gesund werde." Man hat aber unter dem Begriff des Fremd sein gefühls vielfach ähnliche Angaben der Kranken zusammengefaßt, wie z. B. (Fall VI): „Es kommt mir alles so fremd vor;" hier handelt es sich aber um eine Äußerung des allgemeinen Veränderungsgefühls („sentiment de transformation"), welches eine Folge viel ausgedehnterer dissoziativer Vorgänge ist. Da diese beiden in Erwägung gezogenen Erscheinungen, wie es der Fall VI zeigt, in denselben Krankheitsbildern nebeneinander vorzukommen pflegen, so ist infolgedessen eine Verwirrung in bezug auf die entsprechenden Begriffe entstanden, welche natürlich auch die Meinungsdifferenzen in der Beurteilung der Zwangsprozesse zufolge haben mußte.

Was die nur mit Unrichtigkeitsbewußtsein einhergehende überwertige Vorstellungen anbetrifft, so kommt diese Form dadurch zustande, daß bei einer geringeren Intensität des Zwangsprozesses gewisse Vorstellungen einerseits eine gesteigerte Vorstellungsintensität bekommen, andererseits bei der intakten logischen Tätigkeit als unrichtig erkannt werden; der Reizzustand ist aber dabei nicht stark genug, um dieser überwertigen Vorstellung einen ausgebildeten Fremdcharakter in Beziehung zum sonstigen Bewußtseinsinhalt zu verschaffen und um das Gefühl des Gegensatzes hervorzurufen. Beim Zustandekommen des für die ausgebildete Zwangsvorstellung charakteristischen Fremdgefühls handelt es sich um einen schon viel stärkeren Grad desselben krankhaften Prozesses, um einen viel intensiveren Reizzustand in der entsprechenden Vorstellung resp. der Vorstellungsgruppe; denn, wenn die letzte von den Kranken als fremd erkannt wird, wenn der Widerspruch zum Bewußtsein kommt, so läßt das den Schluß zu, daß dieser Bestandteil des Bewußtseins von der

Gesamtheit der übrigen Vorstellungen in gewisser Beziehung dissoziiert ist. Diese Tatsache spricht also auch für eine Abhängigkeit des Fremdcharakters der Zwangsvorstellungen von einer abnormen Verteilung der Vorstellungsenergie auf verschiedene Komponenten des Bewußtseins. Der Fremdcharakter der Zwangsvorstellungen verursacht auch eine Verwandtschaft derselben mit den Sinnestäuschungen; ähnlich wie die Wahnvorstellungen in der Form der sekundären Halluzinationen hervorzutreten pflegen, so geschieht das auch bei den Zwangsvorstellungen. Aber die Beziehung ist hier noch viel enger, denn infolge des Fremdcharakters dieser überwertigen Vorstellungen kann der Kranke nicht mehr wissen, ob dieselben spontan oder im Anschluß an irgendwelche Empfindung, resp. durch eine Sinnestäuschung geweckt wurden. Die Grenze zwischen der Halluzination und der Zwangsvorstellung ist also sehr verwaschen; in dieser Weise wird verständlich der Begriff der „halluzinatorisch lebhaften Obsession" (obséssion hallucinatoire), welche Ziehen (71) im Anschluß an die französische Schule eingeführt hat und der sich von der „obsessiven Halluzination" („hallucination obsédente") unterscheiden läßt. Wernicke hat ebenfalls die Verwandtschaft seiner „autochthonen Ideen" mit den Halluzinationen betont und sie auf eine Wirkung des Fremdgefühls zurückgeführt.

Bei einer sehr starken Ausdehnung des Zwangsprozesses kann der Widerspruch der zum Übergewicht kommenden „überwertigen Vorstellungen" den normalen Vorstellungen gegenüber nicht bewußt werden, und deshalb wird der Fremdcharakter der krankhaften Vorstellungen nicht mehr empfunden. Also das Fremdgefühl, welches zu seiner Entstehung eine gewisse Ausbildung der Überwertigkeit, einen entsprechenden Schwellenwert derselben, benötigte, muß auf dieser höheren Stufe des Krankheitsprozesses verschwinden. Auch das Unrichtigkeitsbewußtsein kann nach derselben Ursache nicht mehr zum Vorschein kommen. Deshalb muß man sich in dieser Frage der Annahme von Heilbronner (23) anschließen, daß das „Fremdseingefühl" (?) der Zwangsvorstellungen oft eine nachfolgende Umwandlung derselben in die Wahnideen befördert.

Den Beweis für einen derartigen Entwicklungsgang liefert der Fall IX. Unter der Einwirkung des mit einem entsprechenden Erlebnis (ein krimineller Abort, großer Blutverlust) verbundenen Affekts hat die Vorstellung „ich habe kein Blut mehr" anfangs nur eine gesteigerte Vorstellungsintensität bekommen; mit der Steigerung der emotionellen Anomalie hat sich das Fremdgefühl und das Unrichtigkeitsbewußtsein in bezug auf diese überwertige Vorstellung entwickelt („ich habe mir das nur in den Kopf gesetzt"). Dann aber auf der Höhe der Erkrankung sind diese Eigenschaften verschwunden; die früher hypothetische Befürchtung erlangte eine reelle Gültigkeit und führte zu der Urteilstäuschung und zum pathologischen Irrtum. Die Patientin glaubte an die Richtigkeit ihrer Behauptungen, die jetzt in der Form typischer Wahnvorstellungen geäußert wurden.

Die allgemein-psychopathologische Betrachtung der Beziehung zwischen den Zwangsvorstellungen und den Wahnvorstellungen läßt also schon an eine genetische Verwandtschaft zwischen diesen Erschei-

nungen denken; eine weitgehende Stütze erhielt diese Anschauung durch die klinische Forschung. Ziehen beschreibt unter dem Namen der „obsessiven Varietät" der Melancholie Krankheitsbilder, wo die Zwangsvorstellungen zu den melancholischen Symptomen hinzutreten und entweder eine Art „Äquivalente", z. B. der Versündigungsvorstellungen, bilden oder neben denselben bestehen; nach Kräpelin können die Symptome des Zwangsirreseins in den depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins auftreten. Ausführlich haben sich mit dieser Frage Ganouchkhine et Soukhanoff (19) beschäftigt; da die Zwangsvorstellungen gewöhnlich schon vor dem Ausbruch der Melancholie manchmal in einer ganz rudimentären Form vorzukommen pflegen, so werden sie von diesen Autoren für den Ausdruck einer besonderen Konstitution (die nosologisch neben der hysterischen und der epileptischen Konstitution selbständig gruppiert wird) gehalten. Von den französischen Psychiatern schließen sich viele, z. B. Roubinovitch et Toulouse, dieser Anschauung an. In einer ähnlichen Weise behauptet Dieckhoff, daß die Zwangsvorstellungen nicht in das Bild der reinen Melancholie gehören und deshalb keinen Zusammenhang mit den melancholischen Wahnvorstellungen zu haben brauchen; sie können nur in den Vordergrund treten und das Krankheitsbild verdecken. Diese vorsichtige Auffassung ist zwar sehr gewissenhaft in mancher Beziehung begründet, aber zweifellos ist sie etwas einseitig. Denn im Gegensatz zu dieser Anschauung, welche übrigens noch von Magnan vertreten wird, hat Heilbronner (23) die von ihm genannte „progressive Zwangsvorstellungspsychose", aus welcher sich kontinuierlich eine Melancholie entwickelt, beobachtet; auch nach Séglas (51) und Tuczek können die Zwangsvorstellungen durch eine fortschreitende Verstärkung der obsessiven Symptome in eine Melancholie übergehen; Masselon beschreibt ebenfalls einige Fälle, wo bei einer schwach ausgeprägten Depression Zwangszustände entstehen, welche sich später in die den „Cauchemars obsédentes" ähnlichen Wahnideen umbilden. Man muß also, wie schon Loewenfeld (38) betont hat, außer denjenigen Fällen, wo die Melancholie sekundär durch den peinlichen Inhalt der Zwangsvorstellungen hervorgerufen wird, in welchem es sich demnach um eine sukzessive Kombination handelt, in erster Linie diejenige Form berücksichtigen, wo ein kontinuierlicher Übergang zwischen den Zwangsvorstellungen und den Wahnideen besteht, und wo die beiden Symptome denselben Inhalt besitzen, wie es z. B. in den Fällen VI und IX beobachtet wurde. Fauser (13) hat neuerdings die Aufmerksamkeit auf derartige Krankheitsbilder der Melancholie gelenkt, wo die im Beginn der Erkrankung auftretenden Zwangsvorstellungen sich durch das Fortschreiten des krankhaften Prozesses zu den Wahnideen entwickeln; die letzten sollen sich besonders auf das Gebiet der intellektuellen Gefühle (Wundt) beziehen.

Die meisten oder jedenfalls viele typische Melancholien, bei welchen keine Verlangsamung in der Entwicklung des krankhaften Prozesses infolge irgendwelcher konstitutionellen Eigenschaften zustande kommt, überschreiten sozusagen entweder die obsessive Phase vollständig oder verbleiben in derselben gewöhnlich nur so kurz und in einem so frühen Stadium der Erkrankung, daß die Zwangsvorstellungen klinisch kaum zur Beobachtung kommen. Aber es gibt ebenso im juvenilen wie auch im Involutionsalter Melancholien, welche im Stadium der Zwangsvorstellungen verharren, und in dieser Weise kommen die „rudimentären Formen" zustande, welche manchmal genesen, ohne daß die richtigen Wahnideen in Erscheinung treten. Es sind für die Pathogenese der Wahnideen besonders derartige Krankheitsbilder wichtig, wie der Fall VIII, wo auf der Höhe der Erkrankung einerseits die Zwangsvorstellungen in die Wahnideen mit entsprechendem Inhalt schon umgebildet sind, aber manchmal wieder neben den letzten geäußert werden. Hübner (26) rechnet alle diese Formen mit den Zwangsvorstellungen zu den degenerativen Konstitutionen. Zweifellos gehören viele Melancholien mit einer derartigen Verlaufsart zu dieser Gruppe; aber andererseits gibt es auch Fälle, welche ein für die Melancholie durchaus charakteristisches Bild darstellen und trotzdem in ihrem Verlaufe Zwangsvorstellungen zeigen, die nach dem Inhalt den Wahnvorstellungen entsprechen. Denn neben den individuellen Faktoren hat einen entscheidenden Einfluß auf die Ausbildung der intellektuellen Störung auch die Schwere der melancholischen Erkrankung, indem durch die entsprechende Intensität der Überwertigkeit, welche von der Stärke der Hauptsymptome abhängig ist, die Stufe, bis zu welcher der Wahnbildungsprozeß sich entwickeln kann, in gewisser Beziehung bestimmt wird. Deshalb kann man die Zwangsvorstellungen oft bei der Hypomelancholie beobachten; auch bei einer so typischen Melancholie wie Fall III wurden im Anschluß an das Insuffizienzgefühl Vorstellungen festgestellt, welche sich zweifellos durch den Zwangscharakter auszeichneten; so sagte die Pat: „ich habe mir eingebildet, daß ich sterben muß", oder die Behauptung, „alles das, was ich im Kopfe habe, ist nicht nicht wahr, mir geht alles im Kopfe sitzen usw.". Was die degenerativen Fälle mit den Zwangsvorstellungen anbetrifft, so könnte man dieselben, da das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins von dem des Zwangsirreseins nicht scharf getrennt ist, als Übergangsformen zwischen der Zwangsvorstellungspsychose (resp. der obsessiven psychopathischen Konstitution) und der Melancholie auffassen, welche sich durch die Symptome beider Erkranknugsformen auszeichnen.

Fall XIV. Frau Clara F., 32 Jahre, war als Kind empfindlich, weinte leicht, sonst vergnügt und ausgelassen. Im 16. Jahre vor der ersten Periode zwei Krampfanfälle.

Jetzige Krankheit: Nach der ersten Entbindung 1901 eine Neuritis post puerperalis, in 4 Wochen geheilt; dabei aber Aufregung und Selbstvorwürfe, da das Kind infolge dieser Krankheit schlecht ernährt wurde und erkrankte. Eines Morgens kam die Patientin sich ganz fremd vor: „Wenn ich meinem Mann einen

Kuß gab, dann kam ich mir so fremd vor." Die Patientin konnte sich über nichts mehr freuen, „nur malte ich mir in Gedanken alles Schreckliche aus, z. B. daß der Mann im Sarg läge; gesehen habe ich die Sachen nicht, nur in Gedanken vorgestellt". Sie glaubte, der Zustand sei dadurch entstanden, daß sie vom Teufel besessen wäre, da sie das Abendgebet vergessen hatte: „Hier kann nicht geholfen werden, für mich könnt nur beten." Die Patientin hat das Kind und die Wirtschaft vernachlässigt. Behandlung im Haus Schönow ohne Erfolg; die Depression bestand dann dauernd ohne Remissionen. Aufnahme in die Klinik am 5. VII. 07.

Körperlicher Befund: Degenerationszeichen: die Augenbrauen über der Nase verwachsen.

Psychischer Zustand: Verstimmung und Veränderungsgefühl, keine Angst, keine Sinnestäuschungen; sehr weinerlich; Suicidgedanken, da die Patientin dauernd glaubt, vom Teufel besessen zu sein, und „nicht mehr weiß, was machen soll". — „Glauben Sie, daß das Vergessen des Abendgebets eine Sünde war?" — „Das weiß ich nicht, man sucht doch aber eine Erklärung; wenn ich vom gesunden Zustand ausgehe, muß ich sagen, das ist Unsinn."

Das Quälendste für die Patientin ist innere Gleichgültigkeit den Angehörigen gegenüber: „Ich habe mich gar nicht über das Kind gefreut, denn ich dachte, es sei eine Kröte, und ich habe in Gedanken ihm häßliche Namen gegeben; das Kind ist aber doch so niedlich. Ich habe mich deshalb geschämt und diesen Gedanken als sündhaft empfunden."

Als der krankhafte Zustand anfing, glaubte die Patientin, sie „müsse in einen Laden gehen, und auf den lieben Gott schimpfen". Um sich eine Erleichterung zu schaffen, hat sie Briefe geschrieben, in welchen sie Gedanken äußerte, von denen sie verfolgt wurde. 1. Über Gott: „Wenn ich gebeten habe, erlöse uns von dem Übel, dann habe ich statt Übel Zwiebel gedacht." „Gott und Christus ist ein uneheliches Kind." „Das Luder (Gott) hilft ja doch nicht." — 2. Über das Kind: „Es ist eine fluchwidrige Kröte, meinem Kinde sollen die Arme verdorren, ich habe das Kind nicht gewünscht." — 3. „Alle Leute sehen mich so anders an, wenn ich auf der Bank im Tiergarten sitze und allen Menschen meinen Zustand erzähle." — 4. „Jetzt muß ich elend zugrunde gehen, es gibt keine Rettung mehr, ich bin unheilbar, ich werde bald vor meinem höchsten Richter stehen." — 5. „Ich bin der Teufel selbst."

Bei der Untersuchung: „Kämpfen Sie mit dem Gedanken?" — „Ja, aber die Gedanken verfolgen mich. — Ich bin wie ausgewechselt, als ob ich besessen wäre, ich bin gar nicht selbst." — Klagt über Vorstellungen, daß der Mann und die Kinder tot wären; „ich sehe das im Geiste nur, aber ich kann mich nicht von der Vorstellung befreien." — „Glauben Sie, daß die Vorstellungen wirklich sind?" — „Ach Gott bewahre, ich kämpfe mit aller Macht dagegen, aber die Gedanken drängen immer auf. — Wenn ich Sie sprechen höre, so ist mir, als ob Sie gar nicht mit mir reden, und als wenn ein fremder Mensch antwortet. Es kann mich nichts mehr freuen, ich habe auch kein Mitgefühl für die Kranken. Ich bin von allem selber schuld."

In der letzten Zeit ist die Stimmung nicht so deprimiert, die Patientin weint aber noch oft und klagt über die Gedanken; am 18. V. 08 als gebessert entlassen.

Epikrise: *Bei einer Frau, die wahrscheinlich schon früher Andeutungen einer degenerativen Konstitution zeigte, ist im Anschluß an eine schwere körperliche Erschöpfung einerseits eine kontinuierliche Verstimmung, an welche sich der Versündigungswahn angeknüpft hat, entstanden; anderseits kamen gleichzeitig zum Vorschein die Apathie und das allgemeine Veränderungsgefühl mit einer Tendenz zu den Zwangserscheinungen. Zwischen den obsessiven Symptomen und den pathologischen Irrtümern bestehen hier fließende Übergänge, da neben den selbständigen Zwangsvorstellungen dieselben Klagen einmal als unberechtigt und fremd erkannt werden, ein andermal als ausgebildete Wahnvorstellungen geäußert werden. Der Verlauf ist chronisch; nach dem Verschwinden der Depression ist eine apathische Verstimmung und eine Neigung zu den Zwangserscheinungen im Sinne einer residuären psychopathischen Konstitution zurückgeblieben.*

Alle diese klinischen Tatsachen, wie auch die für die melancholischen Wahnvorstellungen charakteristischen allgemein-psychopathologischen Eigenschaften sprechen für eine nähere genetische Beziehung der Zwangsvorstellungen zu dem Wahnbildungsprozeß. *Zwischen verschiedenen intellektuellen Störungen bei der Melancholie existieren nur graduelle Unterschiede; denn im Vordergrunde derselben steht eine gemeinsame Ursache, nämlich die Überwertigkeit bestimmter Vorstellungen, welche durch die melancholischen Hauptsymptome bedingt ist.*

III. Die Einteilung und der Inhalt der melancholischen Wahnideen.

Die Einteilung der melancholischen Wahnvorstellungen wurde von den meisten Autoren bei einer rein klinischen Betrachtungsweise in Abhängigkeit von dem Inhalt derselben durchgeführt. Man ging in dieser Richtung sogar soweit, daß einige eigentümliche wahnhafte Äußerungsarten der Melancholiker als selbständige Gruppen des Wahns abgesondert und mit charakteristischen Namen belegt wurden; in dieser Weise sind die verschiedenen „délires“ der französischen Autoren, z. B. das „délire d'immortalité“, entstanden, ohne daß dabei auf die Ursachen dieser Erscheinungen geachtet wurde. Trotz dieser Einseitigkeit finden wir z. B. bei Roubinovitch et Toulouse eine ziemlich geschickte und erschöpfende Darstellung der Wahnvorstellungen. Aber derartige Einteilungsprinzipien könnten für eine wissenschaftliche Forschung nicht genügen. Ziehen betont (73), daß der Inhalt der Wahnvorstellungen überhaupt von einer nebensächlichen Bedeutung wäre, das Hauptgewicht soll man aber auf die Entstehungsweise legen; auch Heller (25) behauptet, daß der Inhalt nicht als die Grundlage für die Unterscheidung der melancholischen Wahnideen dienen könne. Deshalb haben wir bei den neueren Autoren zahlreiche Versuche, die Wahnvorstellungen auch nach der Entstehungsart und in der Abhängigkeit von den beteiligten Bewußtseinskomponenten einzuteilen. Diese Mannigfaltigkeit der Differenzierungsprinzipien hat in mancher Beziehung zu einer Verwirrung in der Klassifikation geführt; so hat Masselon (40) den Veränderungswahn, den Verneinungswahn, den Versündigungswahn usw. auf eine und dieselbe symptomatologische Stufe gestellt. Diese Gruppen sind aber nach ganz verschieden klassifikatorischen Prinzipien abgetrennt; während z. B. der Begriff „Versündigungswahn“ aus dem Inhalt gewisser Wahnvorstellungen entstanden ist, deutet der Begriff des „délire de négation“ nur auf eine Tendenz, welche inhaltlich ganz verschiedene Abarten des Kleinheitswahns annehmen können. Deshalb müssen nach der Klassifikation von Masselon viele Wahnvorstellungen zugleich in verschiedene Gruppen eingereiht werden; z. B. die Äußerung: „Ich bin ein gottloser Mensch“ läßt sich ebenso als eine Versündigungsvorstellung wie als „Idée de

damnation" oder in Verbindung mit anderen Wahnvorstellungen als „délire d'énormité" auffassen.

Eine ganz originelle Richtung in der Analyse der Wahnideen hat Wernicke (61) eingeschlagen. Nach seiner psychophysiologischen Grundauffassung bildet die Summe der Erinnerungsbilder aller Sinnesempfindungen das Bewußtsein der Außenwelt („die Allopsyche"); in derselben Weise entsteht aus den Erinnerungsbildern der Organempfindung das Bewußtsein der Körperlichkeit („die Somatopsyche"); viel komplizierter ist die dritte Komponente des Bewußtseins, die Autopsyche, welche auf den individuell gefärbten Assoziationsvorgängen der allo- und somatopsychischen Vorstellungen beruhen soll. Diesen verschiedenen Bestandteilen des Bewußtseins entsprechend, unterscheidet Wernicke allo-, somato- und autopsychische Wahnideen. Eine derartige, unter der Wirkung der kortiko-lokalisatorischen Tendenzen durchgeführte Einteilung hat einerseits den entschiedenen Vorzug vor allen bisher erwähnten dadurch, daß sie auf einer klaren analytischen Basis begründet ist, streng begrifflich ist, und daß jede beliebige Wahnidee, welche bei irgendwelcher Psychose beobachtet werden kann, sich in eine der drei psychosensorischen Gruppen einreihen läßt. Andererseits aber ist die betreffende Wahnvorstellung dabei nicht näher charakterisiert; wenn ein Pat. sagt: „Ich habe den Gott belästigt, ich habe die Wahrheit nicht genau genommen", und diese Äußerung nur als eine autopsychische Wahnidee definiert wird, so wissen wir noch nichts von der Richtung, in welcher sich der Wahn bewegt. Deshalb konnte die Wernickesche Einteilung trotz der entscheidenden Bedeutung, welche sie für die Auffassung vieler allgemeinpsychopathologischen Fragen und auch für die Beurteilung mancher Krankheitsbilder hatte, die klinischen Klassifikationen nach dem Inhalt nicht vollständig verdrängen. Bei der hier vorliegenden Frage darf man sich auch nicht auf dieselbe beschränken, sondern man muß bei der Gruppierung der Wahnvorstellungen Gewicht auf die Richtung derselben legen; denn eben für die Melancholie sind, wie wir sehen werden, gewisse Wahnarten eigentümlich, welche sich durch eine bestimmte Tendenz und durch eine charakteristische Ausdehnung auszeichnen. In dieser Beziehung sind sehr zweckmäßig die Einteilungsprinzipien von Ziehen (73); in erster Linie werden hier die Wahnvorstellungen nach der Richtung in zwei große Gruppen, die megalomanischen und mikromanischen, zerteilt. Außerdem benutzt Ziehen als Differenzierungsmerkmale einerseits die Abhängigkeit der Wahnideen von den Sinnestäuschungen und von den abnormen Organempfindungen, andererseits von den anderen Wahnarten; in dieser Weise entstehen die Begriffe der komplementären und der kontrastierenden Wahnvorstellungen. Dann erst wird auch der Inhalt der Wahnvorstellungen berücksichtigt, und von diesem Standpunkte aus wird der Kleinheitswahn in die Versündigungsvorstellungen, die Verarmungsvorstellungen und die hypochondrischen Vorstellungen eingeteilt. In einer ähnlichen

Weise würdigt Liepmann (36) die Quellen der Wahnbildung; nach dem Inhalt unterscheidet er den Kleinheitswahn, den Größenwahn, den Beziehungswahn und den Wahn der körperlichen Veränderung, von der Grundanschauung ausgehend, daß „die Größe (in weitestem Sinne) einerseits und Kleinheit (meist die sittliche Verworfenheit) andererseits, die Schädigung durch andere und die Krankheit die idealen Zielpunkte des menschlichen Sehnens und Sorgens überhaupt sind". Dabei aber betont Liepmann, daß nicht jede Wahnidee sich in eine dieser Gruppen unterbringen läßt, wie das bei dem Wernickeschen Einteilungsprinzip geschieht. Deshalb müssen bei der Einteilung der melancholischen Wahnvorstellungen beide geschilderten Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

Es werden demnach an erster Stelle diejenigen Wahnvorstellungen besprochen, welche in der nächsten Abhängigkeit von den melancholischen Hauptsymptomen sich befinden, nämlich der **Veränderungswahn.** Besonders charakteristisch sind dabei nicht die Wahnideen der körperlichen Veränderung, sondern die von den hypochondrischen Vorstellungen in pathogenetischer Beziehung bedeutend wichtigeren *Vorstellungen der psychischen Veränderung.* Diese Symptome hat schon Griesinger als die „Störungen des inneren Aktes bei Empfinden" aufgefaßt und als „die Veränderung der Rezeptivität" beschrieben. Neuerdings wurden sie von Wollenberg (65) den hypochondrischen Erscheinungen zugerechnet; von manchen Autoren werden die Vorstellungen der psychischen Veränderungen mit dem ziemlich unzweckmäßigen und paradoxen Namen der „psychischen Hypochondrie" bezeichnet und der körperlichen Hypochondrie gegenübergestellt. Masselon beschreibt unter dem Namen der „idées de transformation" einerseits das Gefühl der persönlichen Veränderung, welches in einer „Hypochondrie physique et morale" bestehen soll, andererseits das „sentiment d'un changement exétrieur"; damit ist betont, daß bei dieser Störung alle Komponenten des Bewußtseins sich beteiligen können. Ob aber eine derartige Gruppierung aller dieser Erscheinungen berechtigt ist, darüber wird die Betrachtung der Abhängigkeit derselben von den Hauptsymptomen der Melancholie aufklären.

Was die Folgen der Assoziationshemmung (resp. der dieser Störung zugrunde liegenden intrapsychischen Hypofunktion) anbetrifft, so ist als eine Übergangsstufe zum Wahn das *Insuffizienzgefühl* zu betrachten. Diese Erscheinung besteht darin, daß der gestörte Gedankenablauf von den Kranken empfunden wird und zum Bewußtsein kommt. Dadurch entstehen die charakteristischen Äußerungen, wie z. B.: „Ich kann nicht so viel überlegen wie früher; wenn man mir Zeit läßt, so geht es noch" (Fall VII), oder auch: „ich kann nicht denken, *ich habe das Gefühl*, als ob das Denken so langsam gehe" (Fall II). Man kann hier ebenso von der Erkenntnis der zugrunde liegenden Störung, von einem „Insuffizienzbewußtsein", wie auch bei einer stark affektiven

Färbung von einem „Insuffizienzgefühl“ sprechen (in ähnlicher Weise, wie es Ziehen (71) z. B. für das „Fremdbewußtsein“ und für andere krankhafte „logische Gefühle“ Wundts durchgeführt hat). Diese direkten Folgen der intrapsychischen Hemmung sind eines der am besten bekannten Symptome der Melancholie; besonders genau sind sie studiert von Wernicke, welcher darauf sein Krankheitsbild der „affektiven Melancholie“ begründet hat.

Alle Störungen der Persönlichkeit lassen sich aber nicht auf die Hemmung zurückführen, denn *das Insuffizienzgefühl ist nur eine Teilerscheinung des allgemeinen Veränderungsgefühls,* welches man bei Überwiegen der intellektuellen Charakters der Störung auch „Veränderungsbewußtsein“ nennen darf. Die übrigen Erscheinungen dieser Gruppe sind als die Folgen der Depression resp. der diesem Symptom zugrunde liegenden melancholischen Funktionsstörung aufzufassen. Nämlich neben der Hemmung und den darauf folgenden Insuffizienzerscheinungen, oder vollständig von diesen Symptomen unabhängig, entsteht im Anschluß an die primäre Verstimmung ein Zustand, bei dem alle Vorstellungen und Empfindungen „vom Gefühl des persönlichen Denkens losgetrennt sind“ (Juliusburger). Infolge des Fehlens der normalerweise zukommenden Gefühlsbetonung entwickelt sich das schon erwähnte „Fremdseingefühl“, welches eine mannigfache Ausdehnung annehmen und verschiedene Komponenten des Bewußtseins befallen kann. Diese „Nichtvorstellungen“ beziehen sich in erster Linie auf die eigene Persönlichkeit der Melancholiker; die Kranken klagen, daß sie keine Empfindung mehr davon haben, worüber sie denken; so sagte die Patientin XIV: „Ich bin wie ausgewechselt, als ob ich besessen wäre, ich bin garnicht selbst“. Ähnliche charakteristische Äußerungsarten geben den Anlaß, diese als „Fremdseingefühl“ bezeichnete Form des allgemeinen Veränderungsgefühls in Analogie zu dem „sentiment de transformation psychique“ der französischen Autoren „*Transformationsgefühl*“ zu nennen, um dadurch auch die erwähnten Verwechselungen mit dem genetisch verwandten und oft in demselben Krankheitsbilde koexistierenden „Fremdgefühl“ der Zwangserscheinungen zu vermeiden.

Die Angaben der Melancholiker über die Transformationserscheinungen lassen eine gewisse Dissoziation zwischen den Gefühlskomponenten und der „Ichvorstellung“ resp. der Autopsyche annehmen. Es entsteht aber die Frage, wodurch eine derartige Sejunktion bei der Melancholie zustande gebracht sein kann. Wenn man die Gefühlsbetonung als einen Assoziationsvorgang auffassen will, so könnte man versuchen, die Transformationsgefühle ähnlich wie das Insuffizienzgefühl auf die Hemmung zurückzuführen, und annehmen, daß infolge der letzten Störung die Gefühlsbetonung der Vorstellungen herabgesetzt wird. Gegen derartige Annahme spricht aber entscheidend die klinische Tatsache, daß diese Symptome eben in denjenigen Krankheitsbildern besonders intensiv auftreten, wo die Hemmung schwach ausgebildet,

manchmal sogar kaum nachweisbar ist (Fall VI). Deshalb hat Juliusburger (28) ursprünglich derartige Fälle unter dem Namen der „Pseudomelancholie“ abgesondert, von der Grundanschauung Wernickes ausgehend, daß die intrapsychische Hypofunktion bei Zustandekommen der affektiven Melancholie eine ausschließliche Rolle spielen soll. Diese Störungen beschränken sich aber nicht auf das autopsychische Gebiet der eigenen Gedankentätigkeit des Melancholikers, sondern das Fehlen eines entsprechenden Gefühlstons bezieht sich auch auf die Vorstellungen der Außenwelt; die Pat. VI sagte direkt: „Es ist so, als ob da draußen eine ganz andere Welt wäre“. Das Transformationsgefühl tritt hier also in der Form des „sentiment d'un changement extérieur“ (Masselon) auf; eine genauere Deutung und einen Hinweis auf die Analogie zum Gefühl der persönlichen Veränderung finden wir in der folgenden Äußerung dieser Pat.: „Wenn ich Sie sprechen höre, ist es, als ob Sie gar nicht mit mir reden, und als ob ein fremder Mensch antwortet“. Derartige Erscheinungen bestehen also in einer Dissoziation zwischen den auto- und allopsychischen Vorstellungen und dem Gefühlston resp. der emotionellen Komponente der Somatopsyche.

Das Wesen der Transformationserscheinung wurde seinerzeit genau von Juliusburger (28) analysiert; derselbe hat die Ursache dieser Störung, namentlich das Fehlen der Gefühlsbetonung richtig erkannt, und unter der Annahme, daß das affektive Element durch die Organgefühle dargestellt wird, behauptete er, es handle sich dabei um einen mangelhaften Anteil der Organgefühlkomponente resp. um eine somatopsychische Hypofunktion. Neuerdings hat auch Heilbronner (24) die Bedeutung des Veränderungsgefühls im Krankheitsbilde der Melancholie entsprechend gewürdigt und über die Entstehung derselben eine ähnliche Meinung ausgesprochen. Während also Wernicke einerseits die affektive Melancholie als „zirkumskripte Autopsychose“ ausschließlich auf die intrapsychische Hypofunktion, andererseits die Hypochondrie als „zirkumskripte Somatopsychose“ auf abnorme körperliche Sensationen zurückführen wollte, ist die erwähnte Auffassung ein Versuch, das Symptomenbild der Melancholie auf somatopsychische Vorgänge zu beziehen. Ist aber die Annahme einer somatopsychischen Hypofunktion für eine melancholische Grundstörung und für die Ursache der Transformationserscheinungen berechtigt, und, wenn das der Fall wäre, gibt sie eine vollständige Erklärung für die Genese der entsprechenden Symptome? Wenn eine Patientin sagt: „Es kommt mir vor, als ob ich nichts mehr aufnehmen könnte, als ob eine furchtbare Finsternis um mich wäre“, oder wenn die entsprechende Kranke von Heilbronner (24) behauptet: „Ich weiß es mit Verstand, aber ich kann mir nicht vorstellen“, so handelt es sich hier um eine Störung der psychosensorischen Identifikation. Man kann hier den indirekten Schluß ziehen, daß die betreffenden Vorstellungen und Empfindungen der Gefühlsbetonung entbehren, also von der somatopsychischen Komponente dissoziiert sind. Wenn man

dabei eine „Zentralstellung der Somatopsyche" bei der Melancholie im Sinne einer Hypofunktion annimmt, so ist damit nur das Zustandekommen des Transformationsgefühls verständlich; unerklärt bleibt dagegen die Entstehung der melancholischen Hauptsymptome, der Depression und der Assoziationshemmung; außerdem ist dabei die Entwicklung der körperlichen Hypochondrie, welche im Zusammenhang mit einer Steigerung der Organempfindungen steht, sogar vollständig paradox. Die somatopsychische Hypofunktion genügt deshalb nur für die Erklärung derartiger Krankheitsbilder, in welchen die Transformationserscheinungen ziemlich isoliert auftreten, und wo die übrigen melancholischen Symptome schwach ausgebildet sind, also für die Pseudomelancholie Juliusburgers. Die meisten Fälle (z. B. V und XIV) zeigen aber, daß einerseits das Transformationsgefühl über die eigentliche Persönlichkeit der Kranken und über die Außenwelt besteht, andererseits daneben *die somatopsychische Funktion* nicht herabgesetzt, sondern im Gegenteil *gesteigert ist*, wofür verschiedene Reizerscheinungen auf diesem Gebiete, wie z. B. die abnormen Organempfindungen, sprechen. Diese letzte Tatsache steht im Einklang mit der erwähnten Anschauung über die Entstehung der Affektstörungen, nach welcher der negative Gefühlston resp. die Depression in einer Steigerung der Organgefühle bestehen soll; sie erlaubt auch, der Frage der Dissoziation näher zu treten und die Entstehung der Transformationsgefühle in einer viel befriedigenderen Weise, wie man es unter der Annahme der Hypofunktion tun könnte, zu verfolgen.

Es hat nämlich Verworn (36) nachgewiesen, daß bei der Sejunktion, welche den höchsten Grad einer Hemmung (im breiten Sinne des Wortes) darstellt, ein dissimilatorischer Lähmungsprozeß vorliegt. Da, wie Heilbronner betont, das primäre Organgefühl erst auf sekundären Bahnen mit den anderen Kompononten des Bewußtseins verknüpft wird, so wäre in der Anwendung auf die Frage der Transformationsgefühle die dissimilatorische Lähmung auf die Verbindungsbahnen zwischen der Gefühlssphäre und den anderen Komponenten des Bewußtseins zu lokalisieren. Für die Entstehung eines Refraktärstadiums dieser Bahn ist aber immer vom Standpunkte der Biogentheorie ein dissimilatorisch wirkender Reizvorgang nötig, der eben durch die gesteigerte Funktion der zuführenden somotopsychischen Bahnen dargestellt wird. Demnach sind die Transformationsgefühle durch einen Reizzustand, also durch eine abnorme Entladung der Vorstellungsenergie in bestimmten Bestandteilen des Bewußtseins verursacht, ebenso wie das Fremdgefühl der Zwangserscheinungen durch die Überwertigkeit gewisser Vorstellungen bedingt wird.

Die Annahme der somatopsychischen Hyperfunktion für eine melancholische Grundstörung gibt auch eine Erklärung für die Entstehung der Apathie im melancholischen Krankheitsbilde und für die Beziehung derselben zu der Affektstörung der primären Depression. Krafft-Ebing (31) behauptete, daß der Melancholiker deshalb

manchmal sich über nichts mehr betrüben kann, da die primäre motivlose Depression viel stärker wäre als die negativen Gefühle. Roubinovitch et Toulouse haben die Apathie unter Zugrundelegung der „Neuralgietheorie" der Melancholie als ein „Lähmungsstadium" auf dem Gebiete der Gefühle aufgefaßt; dieser Zustand soll demnach sich erst dann entwickeln können, nachdem das Reizstadium, die traurige Verstimmung, den Höhepunkt schon erreicht hat. Diese Betrachtungsweise widerspricht aber den klinischen Tatsachen; das Fehlen der Gefühlstöne kann nämlich entstehen, ohne daß eine besonders starke Depression vorausgegangen wäre (Fall VI), also nicht erst dann, „quand la douleur morale est à son maximum". Dabei kann die Apathie auch neben der Depression bei demselben Melancholiker bestehen (Fall XIV), ohne daß eine „véritable anesthésie morale" zustande kommt (dadurch eben unterscheidet sich das emotionelle Zustandsbild der apathischen Varietät der Melancholie von der Affektstörung bei der Hebephrenie). *Die Affektstörung der Apathie und die entsprechenden Transformationsgefühle entwickeln sich, indem durch die somatopsychische Hyperfunktion die Vorstellungen und die Empfindungen der Außenwelt und der Persönlichkeit von der Thymopsyche losgelöst werden.* Daneben wird aber diese Steigerung der Organgefühle als eine „Gefühlssinnempfindung" wahrgenommen, und es entsteht infolgedessen die primäre Depression, welche, infolge der Dissoziation der intellektuellen Bestandteile von der Gefühlssphäre, motivlos ist.

Bei einer derartigen Entstehungsweise ist auch der Inhalt der Transformationsgefühle verständlich. Besonders diejenigen Vorstellungen, welche von der Kindheit an stets mit einem starken positiven Gefühlston verknüpft waren, werden von den Kranken beim Mangel der entsprechenden Affektbetonung als fremd und verändert empfunden; deshalb auch klagen derartige Melancholiker über das Fehlen der religiösen Gefühle und über eine Veränderung in Beziehung zu ihrer Familie. „Leute, die mir am nächsten standen, die sind jetzt fremd geworden, und das ist eben das peinlichste; als ob eine Kluft zwischen Gott, meinen Eltern und mir wäre; ich kann nicht denken, wie es zu Hause ist." (Fall VI.) Diese Äußerung ist so zu deuten, daß die Patientin z. B. die optische Vorstellung ihres Vaters mit dem entsprechenden Gefühlston nicht verknüpfen kann; infolgedessen befindet sich das Erinnerungsbild in einer ungünstigen Assoziationsbedingung und kann auch der konkrete Begriff „mein Vater" nicht reproduziert werden; so entsteht „une perte de la vision mentale", welche Charcot und Bernard zuerst beschrieben haben. Die Patientin fühlt das Fehlen des Begriffes, und im Anschluß daran glaubt sie, daß dieser Vorstellungskomplex vollständig verschwunden wäre. Es ist selbstverständlich, daß derartige Störungen sich in erster Linie auf diejenigen Vorstellungen beziehen, deren Richtigkeit mit Hilfe der Sinnesorgane überhaupt nicht nachgeprüft sein kann; deshalb haben wir auf dem Gebiete der religiösen Gefühle neben einer Angabe: „Ich kann nicht beten, ein herz-

liches Gebet ist unmöglich,“ auch die Behauptung: „Ich finde nicht den richtigen Gott, der alte Gott ist ja tot.“ Der abstrakte unter der Wirkung des positiven Gefühlstons entstandene Begriff „Der Gott“ kann bei der apathischen Affektstörung nicht wieder auftauchen, was schließlich eine *Verneinung* desselben zur Folge hat. Dann befällt die Tendenz zur Negierung diejenigen Begriffe, deren Gegenstände nicht anwesend sind, und in dieser Weise ist wohl die erwähnte Äußerung: „Ich kann nicht denken, wie es zu Hause ist,“ zu deuten. Demnach verbreitet sie das Transformationsgefühl, welches sich anfangs auf das Gebiet des Moralischen beschränkte, auf die ganze Persönlichkeit des Kranken und auf die Außenwelt, was dieselbe Patientin folgendermaßen schildert: „Zuerst bin ich verändert gewesen in Beziehung zu den Eltern, jetzt kommt mir alles tot, minderwertig vor. Es ist gerade, als ob ich selbst lebendig tot wäre. Die äußere Welt ist so verändert . . .“

Es ist eigentümlich, daß der Mangel an Gefühlsbetonung auch eine Störung der zeitlichen Orientierung im Sinne einer Zeitüberschätzung hervorruft, worauf schon Ziehen und Séglas aufmerksam gemacht hatten. Bei Pat. VI finden wir darüber eine Äußerung: „Einmal nachmittags ist es mir so vorgekommen, als ob das, was ich vormittag getan hatte, jahrelang entfernt wäre.“ Eine ähnliche charakteristische Angabe hat die Patientin von Heilbronner (24) gemacht: „Ich weiß, daß Dienstag ist, aber das Gefühl, daß Dienstag ist, und daß gestern Pfingsten war, das kommt wie aus der Tiefe.“

Der Verallgemeinerung der psychischen Transformation folgt gewöhnlich eine entsprechende Weiterentwicklung des Verneinungswahns. Bei einer starken Ausbildung der Krankheitserscheinung werden also auch die anwesenden Personen und Gegenstände nicht nur nicht erkannt, sondern die Existenz der diesbezüglichen Begriffe wird überhaupt negiert; infolgedessen haben wir auf der höchsten Stufe des krankhaften Prozesses die charakteristische Äußerung: „Nun ist alles weg.“ (Fall I.) Eine andere Patientin (Fall XVI), welche anfangs längere Zeit stuporös und apathisch war, hat nach dem Verschwinden dieses Zustandes angegeben: „Es kam mir alles so fremd vor; es war alles so verändert; ich wußte nicht, wo ich war.“ Diese Äußerung enthält eine charakteristische Erklärung dafür, wie aus einem Transformationsgefühl die Identifikationsstörung und eine Desorientierung, an welche sich eine Verneinung anzuschließen pflegt, entstehen kann. Den letzten Zusammenhang hat Masselon folgendermaßen definiert: „Les idées de négation portant sur le monde extérieur ne sont que la forme ultime des idées de transformation.“ Das Wesen dieser Störungen wollte Séglas (49) auf die „Trouble des images mentales“, also auf eine wirkliche Gedächtnisstörung im Sinne einer „amnésie d'évocation“, zurückführen. Tatsächlich aber sind die entsprechenden Erinnerungsbilder bei derartigen Erscheinungen nicht verschwunden, sondern infolge der mangelhaften Gefühlsstörung nur in gewisser Beziehung unvollständig und abgeschwächt; denn manchmal können die Vorstellungen, welche anscheinend verloren gegangen sind, bei einer angestrengten Tätigkeit

der Aufmerksamkeit trotzdem geweckt werden. Die Störung des Wiedererkennens ist dadurch erklärlich, daß die Partialvorstellungen sogar der anwesenden Personen und Gegenstände im derartigen Zustande mit der Hilfe der Sinnesempfindungen nicht nachzuprüfen sind. Denn man muß annehmen, daß das Fehlen der Gefühlsbetonung sich nicht nur auf das Gebiet der Vorstellungen, sondern auch auf die Empfindungen bezieht; also infolge des Mangels an sensoriellen Gefühlstönen klagen manchmal die Kranken direkt über eine vermutliche mangelhafte Funktion der Sinnesorgane.

Pat. VI sagte darüber: „Es kommt mir vor, als ob ich weniger sehe und höre wie andere Leute. Ich muß mich anstrengen und bin müde.“ — „Weshalb scheint Ihnen die Welt verändert?“ — „Es ist, als ob was dazwischen wäre, was mich nicht hinläßt, als ob ein Schleier darüber liegt; ich sehe und höre alles, und doch ist es anders. Alles ist so starr, als ob man an sich selbst gebunden wäre.“ Pat. XII hat angegeben: „Mir geht alles vor den Augen schnell vorüber, als wenn Rauch aufzieht.“

C o t a r d (7) hat schon die Meinung ausgesprochen, daß die Klagen über eine schlechte Sinnesfunktion Vorstufen des Verlustes des optischen Orientierungsvermögens darstellen. Die angeführten Äußerungen unserer Fälle in ihrer Beziehung zu dem gesamten Krankheitsverlauf bestätigen diese Annahme und erlauben die erwähnten Schlüsse über das Wesen der Unvollständigkeit der Erinnerungsbilder und über die Pathogenese und Identifikationsstörung anzunehmen.

M a s s e l o n hat die letzte Frage einer sehr genauen Analyse unterworfen; seinen Ausführungen zufolge besitzt jeder Mensch ein allgemeines Gefühl von der Ausdehnung seiner Gedanken, welches durch eine Anzahl der unterbewußten Eindrücke, die dem Inhalt des menschlichen Wissens und Könnens entsprechen, zustandegebracht wird. Die Summe dieser Komponente, welche M a s s e l o n „Aperception interne“ nennt, soll in der Melancholie insbesondere bei der Entstehung der Verneinung durch eine Abschwächung der diesbezüglichen Erinnerungsbilder vermindert sein. Diese Ausführungen sind zwar auf einige ziemlich hypothetischen Annahmen gestützt; sie lassen aber im Resultat einen ähnlichen Schluß, wie unsere Betrachtungsweise, ziehen. Deshalb kann man M a s s e l o n vollständig zustimmen, wenn er sagt: „Qu'il existe à la base de l'idée de négation un trouble des images mentales, consistent en un effacement plus ou moins profond, et qui explique le trouble de la perception qui les conditionne!“

Was die klinischen Entstehungsbedingungen des Verneinungswahns anbetrifft, so hat schon G r i e s i n g e r, bevor noch C h a r c o t und B e r n a r d auf diese Störungen aufmerksam gemacht haben, beobachtet, daß unter der Wirkung der Depression die Gedankenrichtung einen negativen Charakter bekommt; denn nach seiner Ansicht führt die subjektive Veränderung die Melancholiker zur Überzeugung, daß alles verändert und sogar verschwunden ist. C o t a r d (7), welcher zuerst den Begriff des „délire de négation“ eingeführt hat, hat die „perte de la vision mentale“ anfangs nur bei der Angstmelancholie beobachtet; deshalb wollte er ursprünglich die Tendenz zu der Verneinung in einen Zusammenhang mit der Angst (resp. mit der durch die letztere hervorgerufenen Inkohärenz) bringen und hat unter den charakteristischen Merkmalen „délire de négation“ auf der ersten Stelle die

„Anxiété melancholique“ hervorgehoben, dann auch die die dämonomanischen Wahnideen, die Neigung zum Suicid und dann erst „Analgésie psychique“, die hypochondrischen Wahnvorstellungen und die Neigung zur Negierung betont. Dann aber hat Cotard selbst nachgewiesen, daß der Verneinungswahn auch in den Fällen ohne die Angst vorzukommen pflegt, und er behauptet jetzt „généralement les alienés sont négateurs“. *Das Wesentliche bei dem Zustandekommen des Verneinungswahns sind die Transformationserscheinungen und die daraus resultierende Identifikationsstörung und Desorientierung*, während die anderen erwähnten Merkmale nur zufällige von der Ausbildung der übrigen Krankheitserscheinungen abhängige Begleiterscheinungen sind. Die Krankheitsbilder, wo der Angstaffekt nicht vorhanden ist (Fall VI), erlauben sogar, viel tiefer in die Entstehungsweise des Verneinungswahns einzudringen, als die schweren Angstzustände der Involutionsmelancholie (Fall I).

Der Verneinungswahn kann, wie es betont wurde, verschiedene Ausdehnung annehmen. Cotard (7c) hat diejenigen Formen desselben, bei welchen die Verneinung sich auf eine sehr große Anzahl der Vorstellungen bezieht, mit dem Namen „délire d'énormité“ belegt, nur um den höchsten Entwicklungsgrad einer Wahnart zu betonen. Dieser Begriff wurde aber von Roubinovitch et Toulouse ganz anders gedeutet; die beiden Autoren haben darunter eine spezifische Komplikation ausschließlich des „délire de négation“ verstanden, und eine derartige Auffassung ist auch ursprünglich in die Literatur übergegangen. Ziehen (73) hat dagegen hingewiesen, daß die weitgehende Verbreitung des Wahns nicht nur bei der Verneinung, sondern ebenso auch bei den Versündigungsvorstellungen und bei der körperlichen Hypochondrie vorzukommen pflegt. Demnach kann man nicht das „délire d'énormité“ als eine besondere Wahnqualität betrachten, sondern als eine von dem Inhalt der Wahnvorstellung unabhängige Intensitätsstufe der verschiedensten Kleinheitsvorstellungen.

Bisher wurde der Einfluß der somatopsychischen Hyperfunktion auf das Zustandekommen derjenigen Erscheinungsform des Veränderungswahns, welche durch eine Dystyhmie, durch eine Lockerung zwischen der Gefühlssphäre und den anderen Komponenten des Bewußtseins bedingt werden, betrachtet. Die Somatopsyche besitzt aber neben der gefühlsbetonenden Wirkung auch einen intellektuellen Bestandteil (Juliusburger), welcher aus den Organempfindungen selbst entsteht und durch die Vorstellungen des Körpers dargestellt wird. Die Hyperfunktion kommt auf diesem Gebiete unter der Form der schon erwähnten körperlichen *Hypochondrie* zum Vorschein. Ähnlich wie der psychische Veränderungswahn von den verschiedenen „logischen Gefühlen“, wie z. B. von dem Insuffizienzgefühl, d. h. von dem Bewußtwerden der Assoziationshemmung, abgegrenzt wurde, ebenso muß man bei der Betrachtung der hypochondrischen Symptome von den ausgebildeten Wahnvorstellungen die krankhaften Organempfindungen,

welche besonders im Gebiete des Schädels und des Visceralapparates vorzukommen pflegen, unterscheiden.

Wenn also eine Patientin (Fall XII) sagt: „Es war, als ob im Kopfe etwas zerfressen wäre, als wenn sich darin etwas dreht und frißt; ich habe im Kopfe ein leeres Gefühl, als ob alles raus wäre“, oder eine andere behauptet: „Ich habe solche Kopfschmerzen, als ob Maschinen im Kopfe arbeiten“, so ist es nicht eine falsche Überzeugung im Sinne des Wahns, sondern eine direkte Folge einer intrakortikalen Veränderung der Organempfindungen, welche normalerweise unbewußt sind.

Diese pathologischen Sensationen spielen demnach im Bewußtsein der Körperlichkeit eine ähnliche Rolle wie z. B. die Akoasmen auf dem Gebiete des Hörsinns. Von dieser Analogie zu den Halluzinationen ausgehend, könnte man schon theoretisch die Vermutung aussprechen, daß die abnormen Sensationen nicht ohne einen gewissen Einfluß auf die Wahnbildung sind, desto mehr da sie gewöhnlich zwangsartig auftreten und infolge der Überwertigkeit fixiert werden.

Tatsächlich haben viele Autoren, z. B. Wernicke (61), Liepmann (36) klinisch festgestellt, daß die krankhaften Organempfindungen das Material für die hypochondrischen Wahnvorstellungen liefern; Ziehen (73) hat das besonders bei der neurasthenischen Varietät der Melancholie beobachtet. Kräpelin (33) gibt an, daß im depressiven Zustandsbilde des manisch-depressiven Irreseins die „Mißempfindungen“ mit den schweren hypochondrischen Befürchtungen einhergehen. Heller (25) behauptet (übrigens ohne eine genügende Beweisführung), daß die „Hypochondrie“ einfach eine Hyperästhesie der Empfindungsnerven im Gebiete der einzelnen oder aller Organe wäre, und daß die auf diesem Wege entstandenen „neurasthenischen Vorstellungen“ bei der Entwicklung der Melancholie das Bewußtsein beherrschen und in die Wahnideen übergehen.

Am entschiedensten verficht die Anschauung über einen genetischen Zusammenhang zwischen den krankhaften Sensationen und den Wahnvorstellungen Masselon, welcher von einem direkten Übergang der krankhaften Organempfindungen in die Wahnideen spricht; dieser Übergang soll sich aber stufenweise vollziehen, so daß manchmal eine Schwierigkeit besteht, zu entscheiden, wo die Beschreibung der krankhaften Perzeption endet, und wo der Wahn beginnt. Demgegenüber hat neuerdings Pfersdorff (43) die Meinung ausgesprochen, daß dieser Übergang nur scheinbar ist, daß die Steigerung der intestinalen Sensationen nie zu einer Wahnbildung führt. Die abnormen Organempfindungen im Gebiete des Visceralapparates können nach Pfersdorff nur wahnhaft verarbeitet werden, die Wahnideen sollen aber durch eine Hemmung derartiger Assoziationen, deren Leistung das Bewußtsein der Körperlichkeit schafft, entstehen.

Manche klinische Tatsachen scheinen wirklich für die Richtigkeit der Annahme Pfersdorffs zu sprechen, z. B. äußerte die Pat. IX: „Ich bin sehr blutarm, hauptsächlich in den Beinen.“ — „Warum?“ — „Ich habe so ein Kältegefühl in den Beinen“; oder die Angabe der Pat. V: „Ich muß doch Diphtherie oder Scharlach haben, weil ich solche Schmerzen im Hals und auf der Brust habe.“ In derartigen Fällen ist die Wahnvorstellung wirklich nichts anderes als eine wahnhafte Erklärung der Empfindungsstörung, der krankhaften Sensation.

Man muß aber berücksichtigen, daß in vielen Fällen der Gegenstand der Wahnideen ursprünglich in der Form des Vergleichsobjekts angewandt, und bei der weiteren Entwicklung der Krankheit infolge der fortschreiten-

den Überwertigkeit dieselbe Vorstellung schon wahnhaft geäußert wird. Die Pat. XIV sagte einmal: „Ich bin gar nicht selbst, als ob ich besessen wäre." Dann aber behauptete sie, sie wäre wirklich vom Teufel besessen. Wir haben auch zahlreiche Beispiele davon, daß die abnormen Sensationen nicht nur als das Material für den von ihm unabhängigen Wahnbildungsprozeß dienen, sondern direkt in eine Wahnvorstellung übergehen können. Pat. XII äußerte z. B. im Anschluß an das Erbrechen: „Ich denke, daß der Magen durch das lange Erbrechen verengt ist; ich habe das Gefühl, als ob die Speisen nicht in den Magen, sondern in den Rücken gehen." Wenn manchmal, wie in den früher zitierten Fällen, anscheinend kein genetischer Zusammenhang zwischen der abnormen Sensation und der Wahnbildung besteht, so läßt sich diese Tatsache dadurch erklären, daß, wie es Liepmann hervorgehoben hat, manche krankhafte Organempfindungen in die richtigen Wahnvorstellungen umgebildet werden, ohne daß sich ein bewußter Denkprozeß dazwischenschiebt. In dieser Weise kommt wohl die bekannte hypochondrische Angabe „Mir wird der Samen abgezogen" zustande, auf dieselbe Entstehungsart ist auch die folgende Äußerung des Pat. VIII zurückzuführen: „*Ich hatte* vor Weihnachten mal *solch Gefühl*, ich weiß nicht wie; *da ist* nur ein Teil des Gehirns ausgelaufen und im Urin abgegangen; seitdem habe ich solche Öde im Kopf." Natürlich entstehen nicht alle hypochondrischen Wahnvorstellungen infolge der pathologischen Sensationen; z. B. viele von unseren Kranken haben über angebliche Blutveränderungen geklagt, trotzdem, daß es doch keine entsprechenden Organempfindungen gibt.

So sagt die Pat. XII: „Ich habe kein Blut mehr," Pat. VIII: „Mein Blut ist total vergiftet." Nur bei der Pat. IX ist die Entstehung einer derartigen Behauptung etwas verständlich, jedenfalls motiviert: „Ich sterbe, weil mein Blut zu Wasser geht; ich habe 8 Wochen gehungert, nur vom schwarzen Kaffee, trockenem Fleisch gelebt.... nun ist gar kein Leben in mir."

Die meisten hypochondrischen Wahnvorstellungen haben im allgemeinen auch bei der Melancholie einen ziemlich phantastischen und manchmal sogar einen sinnlosen Charakter. Diese Eigenschaft läßt sich dadurch erklären, daß, wie es schon erwähnt wurde, im normalen Zustande die Organempfindungen nicht bewußt sind und nur bei der krankhaften Steigerung wahrgenommen werden. Infolgedessen fehlt dem Menschen jede Erfahrung über seine Körperlichkeit, und er zieht deshalb bei einer vorhandenen Störung der Organempfindungen die weitgehendsten absurden Schlüsse darüber.

Man muß außerdem betonen, daß auch die laienhaften Anschauungen über das Wesen der Krankheiten, welche wir bei vielen vollständig normalen Leuten sehen, einen Einfluß auf die Entstehung mancher sinnlosen Behauptungen besitzen; desto mehr kommt dieses Moment bei einer krankhaften Neigung zu den hypochondrischen Befürchtungen, welche den Patienten fortwährend über seine Gesundheit nachzudenken veranlaßt, zur Geltung. Der Pat. VIII, auf die Unsinnigkeit seiner hypochondrischen Vorstellungen aufmerksam gemacht, sagte: „Sie wollen mich bloß trösten, aber ich weiß das alles, wie das Einmaleins; ich habe mich sehr viel mit sowas beschäftigt, vor allem „Bilz" studiert." „Früher hatte ich, wenn ich auf den Kopf drückte, solche Schmerzen in den Schläfen, das ist jetzt

weg, also alle meine Nerven sind kaputt sonst müßte es wehtun; denn ich habe im Buch gelesen: Druck auf die Nerven ist schmerzhaft. — Die Pat. XII: „Ich habe im Sanatorium in der „Woche“ gelesen, daß die Nervenzerstörung zu der Körper- und Geistesverblödung führt.“ Es ist nicht zu verwundern, daß derartige Vorstellungen bei den Melancholikern haften bleiben, überwertig werden und sich zu den Wahnvorstellungen ausbilden.

Was die differential-diagnostischen Merkmale der hypochondrischen Wahnvorstellungen anbetrifft, so behauptet Pfersdorff, daß die intestinalen Wahnideen bei dem manisch-depressiven Irresein zum Unterschied von denjenigen der Dementia praecox nach den Körpersegmenten gruppiert werden, und daß die Melancholiker bei ihren Beschwerden immer nur auf die Regionen des Körpers hinweisen, nie aber die einzelnen Organe als verändert bezeichnen. Unser Material erlaubt nicht einen derartigen Schluß zu ziehen. Manche Kranke äußern sich zwar in der Weise wie es Pfersdorff angegeben hat; die meisten aber haben im Gegenteil dazu bei ihren hypochondrischen Klagen auch den Sitz und Ort ihrer vermutlichen Erkrankung angegeben. Die Pat. V sagte: „Ich bin lungenkrank“; eine andere: „Mein Herz ist krank“, Pat. XII behauptete: ihr Magen sei verengt usw.

Die angeführten Beispiele zeigen uns, in welcher Vielgestaltigkeit die hypochondrischen Symptome bei der Melancholie aufzutreten pflegen, und welche entscheidende Bedeutung sie für die Ausbildung vieler Krankheitsbilder besitzen. Manchmal, wie wir es im Falle XII sehen, entwickeln sich neben den melancholischen Hauptsymptomen ausschließlich die hypochondrischen Wahnvorstellungen, ohne daß andere Abarten des Kleinheitswahns zum Vorschein kommen. Derartige Formen welche neuerdings auch Wollenberg (65) zum manisch-depressiven Irresein zugerechnet hat, wurden früher als eine besondere nosologische Entität (Hypochondrie) gedeutet. Aber bei weitem nicht in allen melancholischen Zuständen werden die hypochondrischen Wahnvorstellungen geäußert. Im Gegensatz zu den erwähnten Krankheitsbildern gibt es viele Fälle, dazwischen auch recht schwere Formen, bei welchen sich zwar zahlreiche Kleinheitsvorstellungen entwickeln, wo aber das hypochondrische Element vollständig fehlt (Fälle I und XIII). Denn zum Auftreten des letzteren ist noch nötig, daß der Melancholiker die Aufmerksamkeit auf seinen Körper richtet; bei dieser individuellen Neigung kann die somatopsychische Störung nicht nur die Affektanomalie, sondern auch auf dem sensoriellen Gebiete die krankhaften Organempfindungen hervorrufen, welche zu den hypochondrischen Wahnvorstellungen verarbeitet werden. Deshalb auch, infolge ihres konstitutionellen Charakters, verbleiben die hypochondrischen Symptome im Krankheitsbilde der Melancholie viel länger als die anderen Wahnvorstellungen und sind noch oft in der Rekonvaleszenz nachzuweisen; z. B. äußerte der Pat. VIII, nachdem die Depression schon nachgelassen hatte, und die hauptsächlichste intellektuelle Störung in dem Krankheitsbilde, namentlich der Beschuldigungswahn, schon verschwunden war: „Ich möchte ja so gern gesund werden, aber ich denke doch, ich werde

sterben. Es ist mir alles so schlaff, da ist gar nichts mehr in Ordnung. Die Wage zeigt, daß ich zugenommen habe, aber ich weiß, ich habe abgenommen." Die hypochondrischen Symptome verhalten sich hier ähnlich wie der Beziehungswahn in manchen (später zu besprechenden) degenerativen, paranoid gefärbten Krankheitsfällen, wo nach dem Abklingen der Melancholie einige paranoide Züge zurückbleiben, oder sogar eine entsprechende postmelancholische Phase sich abspielt.

Trotzdem das Hervortreten der hypochondrischen Wahnvorstellungen im melancholischen Krankheitsbilde von den individuellen Eigenschaften der Kranken in gewisser Beziehung abhängig ist, so kann man dennoch von dem Vorkommen dieses Symptoms nicht sagen, daß, wie es Roubinovitch et Toulouse behauptet haben: „Les idées hypochondriaques sont souvent *associées* au délire mélancholique." Denn die körperliche Hypochondrie ist zwar nicht immer im Krankheitsbilde als eine abgeschlossene Wahnvorstellung vorhanden, aber sie steht in bezug auf ihre Entstehungsweise, wie der gesamte Veränderungswahn, auf einer höheren Stufe, als manche Formen des *Kleinheitswahns*, welche in gewisser Hinsicht z. B. von den Transformationsgefühlen abhängig sind. Der letzte Zusammenhang findet den Ausdruck in der folgenden Äußerung der Pat. VI: „Es kommt mir alles tot, minderwertig vor, ich kann nicht beten, ich bin ein gottloser Mensch; — es ist, als ob draußen eine ganz andere Welt wäre *und alles Böse bloß bei mir.*" Während in dieser ganzen Angabe das Bewußtwerden des Mangels an religiösen Gefühlen im Vergleich zu der Vergangenheit, also ein *Transformationsgefühl*, geschildert wird, so enthält der Schlußsatz schon einen Hinweis auf die vermutliche moralische Verkommenheit; die weiteren Äußerungen zeigen, wie diese Unwürdigkeitsvorstellungen („les idées d'indignité" von Masselon) stufenweise zu den *Selbstanklagen*, also in das Gebiet des typischen *Versündigungswahns* („idées de culpabilité") führen.

Im Anschluß an das Gefühl, daß „ein herzliches Gebet unmöglich ist", klagt die Pat.: „Ich kann jetzt nichts als spotten. Ich habe kein Herz für meine Lieben und will bloß überall bedauert werden." Daneben finden sich die zahlreichen Selbstanklagen: „Herz, Charakter und Glaube hat mir gefehlt und Hochmut nicht. Mein Leben hat für mich zu wenig Wert gehabt... ich habe nur immer mich geliebt. Der Wahrheit gehe ich am liebsten aus dem Wege. Ich bin so in der Frechheit und Lüge, daß ich nichts mehr fürchte und auch nicht zurückkomme, um mich zu bekehren." Die Entstehung des Versündigungswahns wird auch sehr prägnant in den Äußerungen der Patientin XIV zum Ausdruck gebracht. Einerseits sagt dieselbe: „Ich kann mich nicht mehr freuen, ich habe auch kein Mitgefühl für die Kranken, ich bin vor allem selbst schlecht." Dann aber: „Ich habe mich gar nicht über das Kind gefreut, das Kind ist aber doch so niedlich; ich habe mich deshalb geschämt und den Gedanken als sündhaft *empfunden.*" Diese Schilderung enthält einen charakteristischen Hinweis auf die Bedeutung der emotionellen Momente und spricht für die Annahme, daß die wahnhaften Schlußfolgerungen nicht durch das Kausalitätsbedürfnis hervorgerufen werden, sondern daß die entsprechenden Assoziationen auf dem Wege des „Raisonnement affectif" zustande kommen.

Die Versündigungsvorstellungen sind diejenige Wahnart, welche bei der Melancholie am häufigsten zum Vorschein kommt; dabei in

vielen Fällen (I, V, VI, VIII) pflegen dieselben eine phantastisch-mystische Farbe anzunehmen, um, wie Liepmann sagt: „den Gipfel des moralischen Verkommens zu kennzeichnen". Diese Eigenschaft des Versündigungswahns ist dadurch verursacht, daß im Anschluß an die Depression und an die Veränderungsgefühle, bevor noch manchmal die Selbstanklagen geäußert werden, neben den Unwürdigkeitsvorstellungen dämonomanische Erscheinungen (wie z. B. Gefühl der Besessenheit) hervortreten.

Auch diesen Vorgang kann man in dem Falle XIV verfolgen. Die Patientin malte sich in Gedanken alles Schreckliche aus, und die ganze Welt kam ihr fremd vor. Im Anschluß daran fing sie an zu behaupten, dieser Zustand sei dadurch entstanden, daß sie das Abendgebet vergessen hätte und infolgedessen vom Teufel besessen wäre: „Mir kann nichts geholfen werden, für mich könnt nur beten;" dann behauptete sie sogar: „Ich bin der Teufel selbst". Erst später sind die typischen Selbstanklagen („Ich bin schlecht") aufgetreten.

Diese *dämonomanischen Vorstellungen* sind bezüglich der pathogenetischen Stellung verschieden aufgefaßt worden. Roubinovitch et Toulouse bezeichnen den leichteren Grad derselben als „idées mystiques", und nur bei starker Ausdehnung sprechen sie von „idées de damnation"; sie beschreiben diese Wahnvorstellungen unter der Gruppe der „idées délirantes associées" und deuten die Entstehung derselben in der Weise, daß „Si le malade se croit coupable, c'est envers Dieu, pour avoir transgressé les lois divines". Derartige Vorstellungen sind also im Vergleich mit den Versündigungsvorstellungen zu den komplementären Wahnideen zugerechnet. Masselon hat einerseits diejenigen dämonomanischen Vorstellungen, in welchen sich ein direkter Hinweis auf die Besessenheit findet, als „idées *de domination*" abgesondert und hält dieselben für komplementäre Erscheinungen zu den Transformationsgefühlen. („Ici l'idéé de transformation vient s'unir a l'idéé de domination pour former un système qui la complète.") Andererseits hat Masselon ähnliche Äußerungen, z. B. „Ich bin von Gott verlassen", als „idées *de damnation*" bezeichnet und die Entstehung der letzteren ganz anders erklärt; namentlich hat er den Zusammenhang derselben mit dem Versündigungswahn festgestellt und als eine Folge der Kombination der Transformationsgefühle mit den Selbstanklagen aufgefaßt („Cet état est le résultat d'un combinaison du sentiment de l'abaissement physique et mentale et des idées de culpabilité"). Der geschilderte Entwicklungsgang des Versündigungswahns in den Fällen VI und XIV veranlaßt uns, einen anderen Schluß über die systematische Stellung der dämononamischen Wahnvorstellungen zu ziehen.

Beide Patientinnen haben über Veränderungsgefühle („ich kann nicht herzlich beten," — „es kommt mir alles fremd vor") geklagt; in einem weiteren Stadium hat die Pat. VI einerseits die quälende emontionelle Anomalie auf die Annahme, sie wäre von Gott verlassen („idée de damnation") zurückgeführt, anderseits daneben die Unwürdigkeitsvorstellung geäußert; dagegen hat die Pat. XIV behauptet, sie wäre vom Teufel besessen („idée de domination"). In beiden Fällen folgten die Assoziationen derjenigen Vorstellungen, welche die ver-

mutliche Ursache der „göttlichen Ungnade“ oder der „Besessenheit“ enthielten, d. h. es kamen die Selbstanklagen zum Vorschein.

Demnach ist es erlaubt, anzunehmen, daß *die verschiedenartigen dämonomanischen Vorstellungen nicht komplementär zu den Versündigungsvorstellungen entstehen, sondern* im Gegenteil gewissermaßen *die Vorstufen derselben sind* und eine ähnliche pathogenetische Stellung wie die Unwürdigkeitsvorstellungen besitzen; man kann sie vielmehr als eine Komplikation des psychischen Veränderungswahns, welche zu den Selbstanklagen führt, auffassen. Bei dieser Annahme ist auch vollständig unnötig, eine weitere Klassifikation der dämonomanischen Wahnvorstellungen, weder nach der Intensität, wie es Roubinovitch et Toulouse getan haben, noch nach dem Inhalte, wie es Masselon vorgeschlagen hat, vorzunehmen; denn für das Wesen der Erscheinung ist es vollständig gleichgültig, ob eine abergläubische Kranke aus niederen Völkerschichten sich bessesen denkt und sagt: „Der Teufel führt mich von einem Fleck bis zum andern“ (Fall V), oder ob ein religiöses Mädchen infolge des Mangels an Gefühlsbetonung glaubt, sie wäre von Gott verlassen.

Der Versündigungswahn wird hauptsächlich, wie aus der geschilderten Entstehungsweise hervorgeht, durch die affektiven Störungen verursacht; manchmal aber können die Unwürdigkeitsvorstellungen und die Selbstanklagen auch im Anschluß an das Insuffizienzgefühl resp. an die Hemmung hervortreten. In diesem Falle beziehen sich die Versündigungsvorstellungen auf die Leistungsfähigkeit, die Aktivität des Melancholikers, während die im Anschluß an die emotionelle Anomalie entstandenen zum Gegenstand die Affektivität der Taten, die moralischen Qualifikationen haben. Da das letzte Moment in einem viel näheren Zusammenhang mit dem Begriff der „Sünde“ steht, so ist es natürlich, daß die Mehrzahl der Versündigungsvorstellungen durch die affektive Störung verursacht wird, und daß die durch das Insuffizienzgefühl hervorgerufenen gewöhnlich nur andeutungsweise aufzutreten pflegen; z. B. klagte ein Melancholiker, „das Denken kommt nicht mehr recht“, und äußerte im Anschluß daran: „Ich habe doch ein großes Unrecht getan, wenn ich hierhergehe und ich kann das alles nicht schaffen.“ Die Ursprungsquelle des Versündigungswahns ist also nicht vollständig einheitlich; aber der Verlauf der Entstehung, wie aus dem Angeführten erhellt, vollzieht sich immer in einer ähnlichen Weise. Deshalb müssen wir uns in dieser Frage auf einen anderen Standpunkt stellen, als den von Masselon vertretenen. Nach der Anschauung dieses Autors entstehen die Versündigungsvorstellungen teilweise primär durch eine unbewußte Tätigkeit des Gefühls, so daß die Melancholiker sich für Sünder halten, ohne die wahnhaften Selbstanklagen vorläufig motivieren zu können, ohne zu wissen, was für eine Tat sie begangen haben; die entsprechenden Vorstellungen werden erst später geweckt „sous l'influence d'un travail dans lequel l'ésprit prend mieux conscience de l'état affectif qui l'accable“. In anderen Fällen sollen die Selbstanklagen

erst bei dem schon ausgebildeten Krankheitsbilde entstehen, um andere Wahnvorstellungen zu erklären, also in einer ähnlichen Weise, wie es Ziehen für die komplementäre Wahnbildung geschildert hat. Diese Zweiteilung des Versündigungswahns erweist sich als überflüssig schon aus dem Grunde, weil nicht nur speziell die Versündigungsvorstellungen, wie es aus der Darstellung Masselons hervorgeht, sondern auch beliebige Wahnform komplementär zu einer jede anderen entstehen kann; außerdem aber ist es vielfach schwierig zu bestimmen, ob eine Versündigungsvorstellung direkt im Anschluß an die Affektstörung oder komplementär zu einer anderen schon bestehenden Wahnidee gebildet wird.

Wenn nun eine Verlaufsform der Melancholie vorliegt, wie z. B. der Fall VI, in welchem die Hemmung nicht ausgeprägt ist, so bekommen wir von der Patientin eine ganz genaue Angabe über die Vorstufen des Versündigungswahns; dagegen bei den ängstlichen und stark gehemmten Kranken kommt es auf einmal ohne jede Vorboten zur Äußerung: „Ich bin schlecht" usw.; sogar die nachträglichen Erklärungsversuche können vollständig bei derartigen Bildern fehlen.

Im allgemeinen muß man für die Bildung des Versündigungswahns einen einheitlichen Entstehungsmodus annehmen, ohne Rücksicht darauf, daß der Inhalt sich in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung und von manchen individuellen Momenten mannigfaltig gestaltet. Bezüglich des letzteren besteht zwischen verschiedenen Bildern des Versündigungswahns eine gewisse Übereinstimmung nur insofern, daß in fast allen Schilderungen desselben sich die stereotype Klage findet: „Ich bin schlecht."

Die Versündigungsvorstellungen können sich auf die stark affektbetonten, der Erkrankung kurz vorausgegangenen Erlebnisse, in welchen die Patienten irgendwelche aktive Rolle gespielt haben, z. B. einen Entschluß in gewisser Richtung nehmen mußten, beziehen. Die Pat. VI erkrankte z. B. im Anschluß an ihre Verlobung, zu welcher sie sich auf Wunsch der Eltern gegen ihren Willen entschlossen hatte; dementsprechend hatte sie auch geklagt: „Schlecht habe ich getan, daß ich das Schrecklichste.... Ich habe mich meinem Bräutigam anders gezeigt, als ich gewesen bin, ich bin nicht ehrlich gegen ihn gewesen." Dagegen werden in vielen andern Fällen als das Thema der Versündigung die zeitlich weit entfernten, aber seinerzeit negativ gefühlsbetonten Tatsachen verwertet; so äußerte die Pat. XI in einer starken Depression: „Ich bin schuld am Selbstmorde meiner Tochter.... ich konnte auf die Tochter aufpassen, und jetzt mache ich mir darüber Vorwürfe." Manchmal werden die wirklich sündhaften Handlungen, deren Ungerechtigkeit zur Zeit des Vergehens nicht entsprechend erkannt wurde, mit Entrüstung angegeben; sie quälen den Melancholiker und werden fortwährend wiederholt, z. B. im Falle V: „Ich habe gesündigt, ich habe Diebstahl begangen, Bilderrahmen, Wäsche und so allerhand gestohlen." Eine andere Pat. sagte: „Ich bin schlecht, ich habe meinem Mann nicht gesagt, daß ich schon früher ein Kind gehabt habe." Auch die Selbstanklagen nehmen oft einen maßlosen Umfang an, und in dieser Weise kommt es zu einem „délire d'énormité" auf dem Gebiete des Versündigungswahns. Dieselbe Pat. V äußerte: „Ich bin schlecht, die Sonne braucht mich nicht zu bescheinen, ich mache alle Menschen unglücklich, ich habe gesündigt.... ich bin nicht wert zu schlafen, darf es nicht" usw. Die Versündigungsvorstellungen können manchmal auch ohne jede Beteiligung des Angstaffektes einen Anlaß zur Entstehung der Selbstmordgedanken geben, da der Melancholiker den Tod als die einzige richtige Strafe für seine Sünden hält. Pat. V hat im Anschluß an die oben zitierte Schilderung ihrer Sünden gesagt: „Ich möchte aus der Welt sein, das halte

ich für nötig." Es ist ganz charakteristisch, daß in der Melancholie der hysterischen Individuen, bei welchen das egozentrische Gefühl die wichtigste Rolle spielt, die Versündigungsvorstellungen sehr selten auftreten. Wenn das aber der Fall ist, so beziehen sich die Vorwürfe auf die eventuelle Vernachlässigung der eigenen Person des Kranken und haben eine egoistische Färbung. Pat. XII, gefragt: „Machen Sie sich Vorwürfe?" antwortete: „Nur deshalb, daß ich früher für mich nichts getan hatte" (sie meinte ihren Gesundheitszustand).

Während der Versündigungswahn vorzugsweise im Anschluß an die affektive Störung und an die daraus folgenden Transformationsgefühle entsteht, so werden *die Verarmungsvorstellungen* gewöhnlich an das durch die Assoziationshemmung verursachte *Insuffizienzgefühl* angeknüpft. Dieser Zusammenhang läßt sich dadurch erklären, daß die Denkhemmung dasjenige Symptom ist, welches sogar in den leichten Fällen der Melancholie die Leistungsfähigkeit des Patienten bei der Erfüllung seiner Pflichten, resp. seine Erwerbsfähigkeit, herabsetzt, womit die Frage des materiellen Wohlhabens verbunden ist.

Einen Hinweis auf die Abhängigkeit der Verarmungsvorstellung von dem Insuffizienzgefühl finden wir im Falle II. Die Pat., welche schon früher Depressionszustände durchgemacht hat, wollte sich selbständig machen; sie fühlte aber, daß sie nicht die geistigen Fähigkeiten hatte, ein Geschäft zu leiten; infolgedessen hat sich der Zustand verschlimmert, und es kamen die Klagen: „Ich muß jetzt in Not und Elend verkommen." In einer ähnlichen Weise äußerte sich eine andere Patientin: „Ich kann meinem Mann die Wirtschaft nicht besorgen, und dieselbe geht dadurch zugrunde." Im Falle X finden wir die folgende Angabe: „Da ich schon seit August krank bin und merke, daß ich meine Arbeit schlecht verrichte, so fürchte ich, daß ich nicht herauskomme, und über meine Familie großes Elend kommen würde, und daß meine Wirtschaft dann herabginge." Derartige, den Entwicklungsgang der Wahnidee klarlegende Angaben bekommt man bei denjenigen Melancholien, in welchen die Denkhemmung sich hauptsächlich auf die Vigilität bezieht, und die psychomotorischen Erscheinungen viel weniger beeinträchtigt sind; in den schweren stuporösen Zuständen beschränkt sich der Kranke auf eine ähnliche Mitteilung, wie z. B.: „Ich habe nichts zu essen und nichts zum Anziehen" (Fall XIII). Es ist auch verständlich, daß die Verarmungsvorstellungen die Ursache der Nahrungsverweigerung werden können. Einen genauen Hinweis darauf finden wir im Falle XIII, wo der Patient vor der Einlieferung in die Anstalt nicht essen wollte und das mit der Behauptung: „Es reicht nicht aus" motivierte.

Der Verarmungswahn steht also auf derselben pathogenetischen Stufe wie der Versündigungswahn; denn die beiden Wahnarten entwickeln sich im Anschluß an die melancholischen Hauptsymptome auf dem Wege der *Veränderungsgefühle.* Deshalb muß man sie gemeinsam als den „*Kleinheitswahn*" (im engeren Sinne des Wortes) betrachten, und diese Gruppe ist neben den *Veränderungswahn* zu stellen. Was die klinischen Entstehungsbedingungen des Kleinheitswahns anbetrifft, so besitzen die individuellen Eigenschaften der betreffenden Persönlichkeit einen entscheidenden Einfluß darauf, welche Richtung derselbe in dem einzelnen Falle annehmen wird, ob er in der Form der Unwürdigkeitsvorstellung und der Selbstanklage oder der Verarmungsvorstellungen zum Vorschein kommt.

Es ist ja sehr natürlich, daß ein gewöhnlicher Arbeiter wie Pat. IV, welcher für den Lohn seine ganze Familie ernähren, die Miete für die Wohnung bezahlen muß, und welcher durch das ganze Leben einen schweren Kampf ums Dasein

führen muß, bei dem Gefühl der Arbeitsunfähigkeit auf die Gedanken kommt, daß sein ganzer Haushalt zugrunde gehen wird, daß die Kinder verhungern oder aus der Wohnung ausgewiesen werden; während eine Beamtentochter wie Pat. VI, welche nie mit materiellen Fragen zu tun hatte, welche sehr religiös erzogen war und sich eine gewisse moralische Weltanschauung gegründet hat, bei der Wahrnehmung des Gefühlsmangels in bezug zu den Angehörigen und des Fehlens der religiösen Gefühle sich für eine Sünderin hält.

Diese beiden Arten des Kleinheitswahns entsprechen den zweierlei Richtungen, in welchen sich überhaupt der menschliche Gedankengang bewegt, welche für die Weltanschauung bestimmend sind, nämlich dem materialistischen und dem idealistisch-ethischen Prinzip. Während die materialistische Denkweise sich meistens auf die Aktivität bezieht, spielen bei der zweiten, wie schon erwähnt wurde, eine viel größere Rolle die affektiven Momente. Deshalb wird auch bei der Berücksichtigung dieser individuellen Eigenschaften die erwähnte Tatsache verständlich, daß die Versündigungsvorstellungen der Hauptsache nach von den gemütlichen Störungen und von den daraus folgenden Transformationsgefühlen abhängig sind, und daß die Verarmungsvorstellungen sich gewöhnlich dem Insuffizienzgefühl anschließen. Der Kleinheitswahn geht, wie Liepmann (36) bemerkt hat, meist auf das Moralische; aber bei manchen Leuten spielen die materiellen Dinge in der Denkweise eine außerordentlich wichtige Rolle, und deshalb sind die Verarmungsvorstellungen oft weder von der entsprechenden Versündigungsvorstellung begleitet, noch besitzen sie irgendwelchen Hinweis auf das sittliche Element. Ein derartiges Verhalten sehen wir in den Fällen IV und X, dagegen sind in anderen Fällen (I, III, XIII) die beiden Denkprinzipien in wechselnder Ausdehnung nebenbei gleichzeitig vertreten, und dann wird der Kleinheitswahn aus den Versündigungs- und Verarmungsvorstellungen kombiniert.

Eine Mittelstandsfrau wie die Pat. III, welche infolge ihrer Erkrankung die Wirtschaft nicht führen konnte, hält das einerseits für eine Vernachlässigung ihrer Pflichten, die sie ihrem Manne als Ehefrau schuldig ist, andererseits denkt sie an die materiellen Folgen, welche ihre Arbeitsunfähigkeit für die Wirtschaftsführung haben kann. Ein klassisches Beispiel einer Kombination der Versündigungs- und Verarmungsvorstellungen bietet die Äußerung einer Patientin von Ziehen, welche sagte: „Entweder sterbe ich als Bettlerin auf der Landstraße oder als Verbrecherin im Zuchthause.“ Eine ähnliche Angabe finden wir bei der Pat. I: „Ich werde bestraft, ich habe das ganze Land verschuldet, und nun ist alles verarmt; ich bin der einzige Mensch in der ganzen Welt, der alles ruiniert hat.“ In der letzten Äußerung haben wir neben der charakteristischen Verknüpfung der Versündigungs- und Verarmungsvorstellungen auch eine weitgehende Verallgemeinerung des Wahns im Sinne des „délire d'énormité“.

Der Veränderungs- und der Kleinheitswahn können als die typischen sekundären Symptome der Melancholie betrachtet werden. Man beobachtet aber neben denselben auch einige Wahnformen, welche als Begleiterscheinungen aufzufassen sind und deshalb auch von den französischen Autoren als „délires mélancholiques associées“ bezeichnet worden sind. So entstehen manchmal komplementär zum Kleinheitswahn die Größenideen, welche sich gewöhnlich auf die Vergangenheit des Patienten beziehen; dieselben werden von den Melancholikern neben

den Versündigungsvorstellungen geäußert, um desto deutlicher die vermutliche Minderwertigkeit auszuprägen. Deshalb auch hat Ziehen (73) derartige komplementäre Erscheinungen mit dem Namen der kontrastierenden Größenideen belegt; zu dieser Gruppe lassen sich wahrscheinlich auch die Verteidigungsversuche, welche die ängstlichen Versündigungsvorstellungen begleiten, und welche Ziehen im Sinne: „Qui s'excuse, s'accuse" gedeutet hat, zuzurechnen. Manchmal aber zeigen derartige Verteidigungsversuche deutlich, daß die Kranken sich gegen die auf dem Wege der assoziativen Automatie geweckten Versündigungs- und Verfolgungsvorstellungen wehren, z. B. „Ich denke doch immer, es muß werden, ich bin doch gar nicht bösartig, ich tue doch gar nichts." Neben den auf die eigene Person des Melancholikers sich beziehenden kontrastierenden Größenideen kommt es manchmal im Anschluß an den Versündigungswahn zu einem übertriebenen, den Tatsachen nicht angemessenen Lob der dem Patienten nahestehenden Personen event. derjenigen, welche er durch seine sündhafte Handlung belästigt glaubt.

Pat. VI idealisierte den früher ihr nicht sympathischen Bräutigam; ein charakteristisches Beispiel der Kontrastbildung bietet die Äußerung eines Melancholikers zu seinem Sohn: „Du bist ein guter Junge, ich bin ein schlechter Kerl."

Viel interessanter als die kontrastierenden Größenideen sind infolge ihrer nosologischen Bedeutung *die Verfolgungsvorstellungen*, welche bei den typisch verlaufenden Fällen der Melancholie selten auftreten und dabei meistens einen ebenfalls komplementären Charakter dem Veränderungs- und Kleinheitswahn gegenüber tragen.

So können z. B. die hypochondrischen Vorstellungen den Anlaß zur Entstehung einer Verfolgungsidee geben. Der Pat. VIII weigerte sich, die ihm verordneten Pillen zu nehmen: „Ich hörte, das sei Brom, und das ist doch Gift; ich fürchte, es könnte mir schaden." — „Denken Sie, daß wir Sie vergiften?" — „Nein ich denke bloß, Sie wollen mein Leiden verkürzen, deshalb geben Sie es mir." In einer ähnlichen Weise werden die Verfolgungsvorstellungen an den Verarmungswahn angeknüpft; der Pat. VIII äußerte im Anschluß an die Behauptung, seine Wirtschaft ginge infolge seiner Krankheit zugrunde: „Der Exekutor ist eben in meiner Wohnung gewesen und hat die ganzen Sachen, abgeholt." Pa. IV hatte am Anfang seiner Krankheit einen Steuerzettel bekommen; er sagte darauf, er könne soviel nicht zahlen und würde ausgepfändet werden: „Wenn die Polizisten dazu kommen, sie würden mich steinigen und die Kinder auf die Straße werfen."

Die meisten Verfolgungsvorstellungen bei der Melancholie entstehen aber im Anschluß an den Versündigungswahn. (Pat. V behauptete, sie werde mit dem Tode bestraft, dann äußerte sie, sie würde von der Polizei verfolgt. Pat. III sagte: „Ich habe doch an allem schuld . . . nun werde ich geköpft, abgehauen wird mir der Kopf.") Derartige melancholische Verfolgungsvorstellungen zeigen charakteristische Unterscheidungsmerkmale gegenüber denjenigen der Paranoia; denn bei der letzten Erkrankungsform ist die Urteilsfälschung über die feindliche Beziehung der Außenwelt zu der Persönlichkeit primär und steht in keinem Zusammenhang mit den übrigen normalen Vorstellungen, welche infolgedessen dem Paranoiker seine Unschuld beweisen. Dementsprechend reagiert der Paranoiker auf die Verfolgungen, er hält die-

selben für ungerecht, protestiert dagegen, er wendet sich manchmal sogar aktiv gegen die vermutlichen Verfolger, wird zu einem „persécuté persécuteur". Der Melancholiker verhält sich den Verfolgungsvorstellungen gegenüber vollständig passiv, er betrachtet die feindliche Beziehung der Umgebung als eine unvermeidliche Folge seiner Sünden; er hat zwar eine reflektorische Angst z. B. vor dem eventuellen Tode (Fall I), aber er wartet darauf als auf eine wohlverdiente Strafe (Fälle I, III, V). Demnach sind diejenigen Verfolgungsideen, welche im Anschluß an den melancholischen Kleinheitswahn geäußert werden, und welche gewissermaßen schon „tertiäre" Erscheinungen des krankhaften Prozesses darstellen, gewöhnlich von den primären paranoischen zu unterscheiden, trotzdem daß sie einen ähnlichen Inhalt haben können. In bezug auf die bei den Verfolgungsvorstellungen beteiligte Bewußtseinskomponente kann man hier von einem „allopsychischen Erklärungswahn" sprechen, um einerseits hinzuweisen, daß die Wahnideen bei der Melancholie sich auf die eigene Persönlichkeit des Kranken nicht zu beschränken brauchen, sondern bei der weiteren Entwicklung in einer ähnlichen Weise, wie das K n a p p (30) bei der Manie beobachtet hat, sich auf das Bewußtsein der Außenwelt verbreiten können, aber andererseits den Unterschied von dem entsprechenden „allopsychischen Beziehungswahn" zu betonen.

Was den näheren Inhalt der Verfolgungsvorstellungen bei der Melancholie anbetrifft, so ist es besonders für diejenigen Fälle, wo der Verfolgungswahn komplementär zum Versündigungswahn entsteht, charakteristisch, daß die Melancholiker von einer Verfolgung durch die Polizei (Fälle V, XIII) oder noch viel öfter von der drohenden Todesstrafe sprechen. Einige von unseren „Verfolgten" äußerten gewöhnlich im Anschluß an die weitgehenden Selbstanklagen die stereotype Befürchtung, „jetzt werde ich geköpft". Z i e h e n hat festgestellt, daß derartige Äußerungsarten hauptsächlich bei den geistig Minderveranlagten oder ungebildeten Melancholikern vorzukommen pflegen; L i p s c h i t z (37) beobachtete diese Erscheinung besonders bei der Landbevölkerung. Die Tatsache läßt sich in einen Zusammenhang mit denselben individuellen Eigenschaften, welche, wie hervorgehoben wurde, für die Gestaltung des Kleinheitswahns maßgebend sind, bringen; bei den Leuten aus den niederen Volksschichten sind die ethischen Prinzipien bei den Handlungen eng mit der Gesetzlichkeit resp. mit der event. Strafbarkeit der Taten verknüpft. Wenn ein derartiger Melancholiker sich für einen großen Sünder hält, so weckt diese Wahnidee die Vorstellungen der entsprechenden Konsequenzen, nämlich die Gedanken über die verdienten Strafen. Analog dazu ist z. B. eine Zwangsversteigerung die äußerste Folge der Erwerbsunfähigkeit, und so entsteht im Anschluß an die Verarmungsvorstellungen die Verfolgungsidee, z. B. daß der Exekutor kommt und den Kranken aus seiner Wohnung ausweisen wird (Fälle IV und X). Deshalb wird auch, dem „délire d'énormité" auf dem Gebiete des Kleinheitswahns ent-

sprechend, oft gleichzeitig eine Verallgemeinerung der Verfolguugsvorstellungen beobachtet (Fall I). Man muß also bei der Beurteilung der Verfolgungsvorstellungen der Melancholiker die kulturelle Stufe, auf welcher sich die Kranken befinden, in Betracht ziehen, und man darf nicht sofort, wie es oft geschieht, eine „Absurdität“ in der Wahnbildung annnehmen, was manchmal für die Differentialdiagnose entscheidend ist.

Eine ganz andere symptomatologische Stellung als die zum Kleinheitswahn komplementären Verfolgungsideen haben die egozentrischen Beeinträchtigungserscheinungen, welche sich darin äußern, daß die Kranken sich bei jeder Gelegenheit für geschädigt halten, wobei aber oft keine bestimmte Wahnvorstellung ausgebildet wird. Derartiger *Beziehungswahn* kann manchmal den Eindruck machen, als ob er mit dem Insuffizienzgefühl in Zusammenhang stehe; z. B. der Pat. IV fängt an zu klagen: „Alle Leute sehen mich auf der Straße an“ usw., gleich im Beginn der Erkrankung, als die anderen sekundären Symptome noch nicht vorhanden waren, nur nachdem er seine Pflichten nicht mehr erfüllen konnte. Aber das ziemlich monotone Verhalten der Beeinträchtigungsvorstellungen, welche während des ganzen Krankheitsverlaufes, unabhängig von dem Stadium der Melancholie, von der Stärke der Depression und der Hemmung, von dem Inhalt und der Ausprägung der assoziativ entstandenen Wahnvorstellungen, immer in derselben Weise geäußert wurden, beweist, daß keine genetischen Beziehungen zwischen den beiden Gruppen der Erscheinungen existieren.

Noch kurz vor der Entlassung des Patienten, nachdem die Hauptsymptome schon verschwunden waren, kam auf die Frage: „Werden Sie verfolgt?“ die Antwort: „Das stelle ich mir vor; sie haben mich so schikaniert als ich krank wurde.... sie wollten, daß ich die Stellung verliere, und haben mich nach Hause geschickt, damit ich nichts mache.“ — „Vielleicht wollten die Leute, daß Sie zum Arzt gingen und sich erholen?“ — „Das haben sie aus Feindschaft getan.“ Neben diesen Beeinträchtigungsvorstellungen äußerte der Patient im Anschluß an die Verarmungsvorstellungen auch die komplementären Verfolgungsideen. Die letzteren sind aber bald, der Rückbildung der melancholischen Erscheinung entsprechend, verschwunden; dagegen dauerten die Beeinträchtigungsvorstellungen bis in die Rekonvaleszenz und zeigten eine Neigung zum Wiederkehren.

Dieses Verhalten spricht für einen konstitutionellen Ursprung der Erscheinung, für eine Unabhängigkeit derselben von der melancholischen Erkrankung; man muß hier eine Wirkung der individuellen Eigenschaften im Sinne einer psychopathischen Konstitution, welche, ähnlich wie die Tendenz zur Hypochondrie, einen modifizierenden Einfluß auf das Krankheitsbild ausübt, annehmen.

IV. Die Beziehungen der Melancholie zur Paranoia.

Schon Koch, dann Dieckhoff (9) und in der letzten Zeit Stransky (56) haben darauf hingewiesen, daß bei der psychischen Minderwertigkeit eine Unfähigkeit besteht, äußere Eindrücke in einer

richtigen Weise zu verarbeiten, woraus eine Neigung zu den paranoiden Vorstellungen resultiert. Ziehen (71) hat letztere durch die Aufstellung des symptomatologischen Begriffes der paranoiden psychopathischen Konstitution gewürdigt und hervorgehoben, daß „zeitweise unter dem Einfluß besonderer Situationen, Erlebnisse und Schädlichkeiten die paranoiden Vorstellungen stärker und bestimmter auftreten, daß sie aber mit dem Schwinden dieser Schädlichkeiten sich wieder ganz oder wenigstens bis auf jenen unbestimmten paranoiden Habitus zurückbilden können". Neuerdings hat Birnbaum (6) den Nachweis gebracht, daß auf der degenerativen Grundlage unter der Wirkung verschiedener Gelegenheitsursachen Wahnprozesse zur Entwicklung kommen, welche paranoide Eigenschaften besitzen, aber nicht dauernd verbleiben, sondern nach einem ziemlich ungesetzmäßigen, von den individuellen Momenten abhängigen Verlauf sich zurückzubilden pflegen. Wenn man die Entstehungsbedingungen der paranoiden Exazerbation der psychopathischen Konstitution in Betracht zieht, so scheint es selbstverständlich, daß die Neigung zur intellektuellen Anomalie mit einer besonderen Stärke bei der Entwickelung einer Psychose wie der Melancholie, welche das ganze psychische Leben beeinträchtigt, hervortreten kann; es werden infolgedessen die Beziehungs vorstellungen gebildet, wodurch die degenerative Melancholie eine paranoide Färbung bekommt. Es entsteht aber die Frage, ob man in derartigen Fällen überhaupt noch von der Melancholie sprechen darf, oder ob man sie als depressive Zustandsbilder der Degenerationspsychosen, wie es Masselon (40) und Hübner (26) getan haben, auffassen soll. Wenn man die psychischen Erkrankungsformen mit Rücksicht auf die ätiologische Grundlage gruppieren will, so kann man eben nicht die unter der Wirkung der degenerativen Momente modifizierte Melancholie auf eine ähnliche symptomatologische Stufe wie z. B. die Depressionszustände bei der epileptischen Geistesstörung oder bei der Dementia praecox stellen. Denn es existiert eine Übereinstimmung darüber, daß das gesamte manisch-melancholische Irresein auf dem Boden einer krankhaften Veranlagung entsteht, und daß es sich infolgedessen in einer engen Verwandtschaft mit dem Entartungsirresein befindet, eigentlich in das breite Gebiet des letzteren gehört.

Die degenerative Anlage findet ihren Ausdruck bei einer Gruppe der Fälle in einer Neigung zu den pathologischen Affektschwankungen; sie äußert sich also symptomatisch in der affektiven psychopathischen Konstitution, deren episodische Steigerungen verschiedene Formen der in der Gemütsanomalie und der Assoziationsstörung bestehenden affektiven Psychosen (Ziehen), resp. die mannigfachen Zustandsbilder des aus den Störungen des Denkens, Fühlens und Wollens konstruierten manisch-depressiven Irreseins (Kräpelin), mit allen sekundären Erscheinungen, z. B. den affektiven Wahnvorstellungen, zur Folge haben können. Bei den anderen degenerierten Persönlichkeiten besteht dagegen eine Tendenz zu der paranoiden Wahnbildung

(ohne eine primäre Affektstörung), eine dauernde krankhafte Verarbeitung der „Lebensreize". Unter der Wirkung der äußeren Faktoren entstehen die Exazerbationen dieser paranoiden psychopathischen Konstitutionen und führen zu dem gewöhnlich heilbaren, aber in vielen Fällen rezidivierenden Bilde der akuten Paranoia, welche nach Ziehen durch das von der Affekt- und Assoziationsstörung unabhängige Auftreten der Wahnvorstellungen ausgezeichnet und als eine degenerative Psychose aufzufassen ist. Demnach entsprechen derartige Krankheitsformen in bezug auf das Symptomenbild dem „Wahnsinn" im Sinne Bleulers (4) und mit Rücksicht auf den klinischen Gesamtverlauf den degenerativen Wahnpsychosen (Magnan, Birnbaum).

Bei manchen Persönlichkeiten ist nur eine von den beiden symptomatischen Richtungen der psychopathischen Konstitution vorhanden, bei anderen dagegen, besonders bei den degenerierten Individuen, können die beiden Erscheinungsarten mit einer variablen Intensität nebeneinander auftreten, koexistieren, woraus die Mannigfaltigkeit der entsprechenden Krankheitsbilder resultiert. Deshalb können im Verlaufe einer akuten paranoiden Erkrankung, einer konstitutionellen Wahnpsychose, melancholische Symptome vorhanden sein, wie es von Ziehen (74) und Vorkastner (67) beschrieben wurde, und ein psychopathische Persönlichkeit, welche episodisch akuten wahnhaften Zuständen unterliegt, kann in denselben und sogar in den Intervallen manche affektive bzw. manisch-melancholische Züge zeigen. Nichtsdestoweniger ist es aber fraglich, ob man mit Rücksicht auf die letzte Tatsache derartige Fälle von „periodischem Wahnsinn" (Bleuler), wie auch überhaupt die meisten akuten heilbaren Wahnpsychosen (Wilmanns), einfach zum manisch-depressiven Irresein zurechnen darf und event. nur manche paranoide Bilder als Zustände des Entartungsirreseins auffassen soll (Kräpelin); denn wie Bleuler (4) selbst betont hat, bietet der Wahnsinn einen Gegensatz zu den manisch-depressiven Krankheitsbildern; die letzteren sind zwar infolge ihrer zirkulären Eigenschaften und infolge der Beeinträchtigung des Affektlebens, des Assoziationsverlaufs und überhaupt der Gesamtpersönlichkeit in mancher Beziehung bedeutender, aber eigentlich hat das affektive Element dieselbe symptomatische Stellung wie das paranoide; die beiden krankhaften Tendenzen sind nur Erscheinungen des affektiv-paranoiden resp. des endogenen Irreseins. Demnach ist verständlich, daß im Gegensatz zu den erwähnten Krankheitsbildern derartige vorkommen können, wo die hauptsächliche Rolle das affektive Moment spielt und eine melancholische Erkrankung hervorruft, wobei aber auch die paranoide Tendenz zum Vorschein kommt und die Bildung des Beziehungswahns verursacht.

Was die Entstehungsbedingungen des letzteren anbetrifft, so wird er gewöhnlich im Anschluß an die sinnlichen Eindrücke der Außenwelt, welche bei der paranoiden Konstitution nicht in einen richtigen Zu-

sammenhang gebracht werden können, in einer ähnlichen Weise gebildet, wie z. B. bei der Melancholie mit der Neigung zur Hypochondrie die entsprechenden Wahnvorstellungen an die pathologischen Sensationen oder sogar an die normalen Organempfindungen angeknüpft werden.

So wollte der Pat. VIII die Medikamente nicht annehmen, er hat Rizinusöl mit Himbeersaft für Weingeist gehalten und behauptete, daß man ihn damit vergiften wolle; ein anderes Mal wollte er die Suppe nicht essen, worüber er, nachdem die Beziehungsvorstellungen zurückgetreten waren, folgendermaßen berichtete: „Drin war Fett, ich dachte, es wäre Gift."

Es ist charakteristisch, daß die Halluzinationen, welche bei den typischen Melancholien eine unbedeutende Rolle spielen, hauptsächlich bei derartigen Formen erscheinen, wo die Außenwelt dem Patienten feindlich verändert erscheint, um den „allopsychischen" Beziehungswahn in die Worte zu kleiden (Binswanger).

Derselbe Pat. VIII klagte: „Mich sah einer an, und da sah ich, daß auch andere es taten, ich werde verspottet und verhöhnt von den Mitpatienten, ich sehe und höre es!" Im Anschluß an diese Behauptung folgen die Angaben über die entsprechenden Sinnestäuschungen: „Sie sehen mich so merkwürdig an, sie gebrauchen die gemeinsten Ausdrücke, so ein Tiger, so ein Hurer."

Der Beziehungswahn kann eine ganz verschiedene Stellung zu den affektiven Wahnvorstellungen annehmen, was auch die Mannigfaltigkeit der Wahnbilder und die Variabilität im Verlaufe der Wahnprozesse bei den einzelnen Fällen zur Folge hat. Gewöhnlich verhalten sich die Beziehungsvorstellungen den melancholischen Wahnideen gegenüber ganz selbständig, wie es im Falle IV zum Vorschein kam; sie verbleiben zwar etwas länger im Krankheitsbilde wie die letzteren, ohne jedoch einen wesentlichen Einfluß auf den Krankheitsverlauf auszuüben. Manchmal beeinflussen sich der melancholische Kleinheitswahn und der paranoide Beziehungswahn beiderseits dermaßen, daß sie sich zu einer charakteristischen Wahnform verschmelzen. Auf diese Weise entsteht der sogenannte „Beschuldigungswahn", welcher von denjenigen Wahnbildern, wo der Verfolgungswahn komplementär zu den Versündigungsvorstellungen auftritt, zu unterscheiden ist. Der „Beschuldigungswahn" steht im Vordergrunde des klinischen Bildes im Falle VII, wo daneben der Vergiftungswahn zum Vorschein kam. Dieses Verhalten der beiden Wahnformen bestätigt die Annahme Binswangers (5), welcher dieselben als eine „Übergangsstufe" der „sekundären" Wahnbildung zum paranoiden Beziehungswahn aufgefaßt hat. In anderen Fällen pflegen die paranoiden Wahnvorstellungen erst dann im Krankheitsbilde aufzutreten, nachdem der melancholische Prozeß sich schon vollständig entwickelt und das gesamte geistige Leben entsprechend beeinträchtigt hat; dann erst reagieren die wenig widerstandsfähigen „Ichvorstellungen" und führen zur Bildung des Beziehungswahns (Fall V). Manchmal entstehen die paranoiden Erscheinungen, wenn der Depressionszustand sich schon in der Abnahme befindet; durch das Fortbestehen dieser intellektuellen Störung nach dem Zurücktreten der melancholischen Symptome entsteht eine

neue Krankheitsphase, so daß in diesen Fällen eine sukzessive Kombination zweier Zustandsbilder vorliegt.

Fall XV. Martha N., 40 Jahre, Schneiderin.

Anamnese: Heredität: Der Vater der Patientin war ein Spieler, hat die Mutter verlassen und ist nach Amerika gegangen. Im Anschluß daran wurde die Mutter der Patientin geisteskrank. Sie war 6 Wochen in einer Irrenanstalt, wonach sie geheilt entlassen wurde und dann gesund geblieben ist. Die Patientin selbst hat Masern im Kindesalter durchgemacht; auf der Schule ziemlich gut gelernt. Im Berufe hat sie viel zu tun gehabt, oft die Nächte durchgearbeitet, trank viel starken Kaffee, um sich beim Nähen wach zu halten. Die Patientin ist immer etwas eigenartig gewesen; wahrscheinlich hat sie stark onaniert. Einmal war sie im Nervensanatorium Blankenburg. Nach dem Tode der Mutter wurde die Patientin leicht verstimmt, es war ihr alles gleichgültig, sie hat sich um die Wirtschaft nicht mehr gekümmert, weinte manchmal, besonders wenn sie allein war; deshalb mußte sie stets Gesellschaft haben, wodurch sie immer heiter und zerstreut wurde. Deswegen hatte die Patientin viel Umgang mit hysterischen Frauen. Vor drei Jahren hat sich der Zustand verschlimmert. Die Patientin wurde dabei launisch, weinte fast fortwährend, bat die Angehörigen um Verzeihung für harmlose Dinge. Sie hat in der letzten Zeit viel von ihrem Fach vergessen. Oft hat sie sich verrechnet, dadurch auch ziemlich viel Geld verloren. Die Verstimmung hat stufenweise zugenommen. Seit vier Wochen Angst, der Schlaf schlecht, oft Kopfschmerzen, keine ausgebildeten Wahnideen.

11. IV, 08. Aufnahme in die psychiatrische Klinik der Charité.

Körperlicher Befund: Degenerationszeichen: etwas angewachsene Ohrläppchen; der äußere Augenwinkel und die Augenbrauen rechts höher wie links.

Psychischer Zustand: Zeitlich und örtlich vollkommen orientiert, Intelligenz ohne Defekt, klagt über Angstzustände, die unerwartet kommen sollen. „Durch Ärger, Irrtümer bin ich mit der Familie, mit der ich freundschaftlich verkehrte, auseinandergekommen; ich habe die Mutter für herzlos gehalten und geglaubt, daß die Mutter unrecht tut.“ — „Weswegen Angst?“ — „Es sind bei mir jetzt die kritischen Jahre.“ — „Ist der Zustand bei Unwohlsein schlimmer?“ — „Ja, ich habe dann das Gefühl, als will alles über mich zusammenbrechen, ich bin überhaupt so mutlos.“ — „Weswegen?“ — „Ich habe etwas zu der obigen Familie gesagt, was jetzt nicht mehr zurückzunehmen ist.“ — „Verkehren Sie nicht mit den Angehörigen?“ — „Ja, aber unsere Charaktere sind ganz verschieden.“ Die Patientin gibt an, daß ihre Stimmung mit dem Wetter wechsle, bei gutem Wetter sei sie fröhlich gestimmt und umgekehrt. — „Gesündigt?“ — „Jetzt nicht, das war in früheren Jahren, aber ich denke, die Sache ist längst erledigt und vergeben.“ Genauere Angaben will die Pat. darüber nicht machen, weil sie Angst vor der Öffentlichkeit hat. „Sorgen?“ — „Wegen der Geldangelegenheiten.“ Bei dieser Äußerung fängt sie plötzlich an zu weinen, daß ihre Schwester sie als schlechte Person hinstellt. „Die Schwester ist doch wirklich kein Engel, es ist, als wenn der Satan mitunter die Menschen regiert.“

Bald nach der Aufnahme wurde die Patientin vollständig stuporös, machte nur die Mundbewegungen; sie verweigerte die Nahrungsaufnahme, so daß sie mit der Sonde gefüttert wurde. Weinerlicher Gesichtsausdruck und manchmal Jammern. Inzwischen öfters Unruhe mit Angstbewegungen, danach manchmal kurze Zustände vorübergehender Heiterkeit, jedoch ohne sprachliche Äußerungen. Mitte Mai hat sich der Zustand etwas gebessert; die Angstzustände haben nur wenig nachgelassen, aber der Mutismus ist zurückgetreten.

27. V. „Weshalb weinen Sie?“ — „Weil ich so schlecht bin, weil ich so gute Menschen gehabt habe, und ich war so undankbar.“

Dann haben sich im Juni weitgehende Wahnvorstellungen entwickelt.

28. VI. erklärte die Patientin, als sie einen Brief von ihrer Freundin erhielt: „das wäre nicht möglich, dieselbe wäre schon lange tot.“ Die Pat. selbst sei schon Jahre in der Klinik. „Ich weiß nicht, es kommt mir alles so unheimlich vor, es ist

hier alles so verschlossen. Die Frauen sehen wie Männer und die Männer wie Frauen aus. Es gibt so viel Ähnlichkeiten." Die Pat. behauptete, daß sie Fleisch der Hunde zu essen bekommt. „Es ist alles hergezaubert." — „Jahr ?" — „Mir sagt kein Mensch, sie belügen mich alle. Ich bin hierher gekommen ohne Adreßbuch." Manchmal inkohärente Äußerungen, die mit dem Zweck der Fragen nichts zu tun haben, aber sich auf den Gegenstand derselben beziehen.

30. VI. „Welches Jahr ?" — „1910". Als das richtige Datum genannt wird, sagt die Pat: „Es ist ausgeschlossen, daß jetzt Juli ist." Wiederholt behauptete sie: „Es kann aber nicht sein, 1908 bin ich vom Hause weggegangen, die Zeit ist mir so schrecklich lang."

4. VII. Weint und behauptet: „Sie sagen, ich habe den Zucker gestohlen, und ich habe es nicht getan, ich habe alles von meinem Geld gekauft." — „Wer hat das gesagt ?" — „Sie alle hier. Es kann das doch kein Krankenhaus sein, es ist hier alles geschlossen."

6. VII. Zeitlich besser orientiert, sagt bei geöffneten Augen. „Meine Augen sind ja zu." Darauf wurde der Pat. ein Spiegel gezeigt: „Ich sehe, daß die Augen offen sind, aber es kann nicht so sein, denn ich fühle, sie sind zu."

9. VII. Fortwährend glaubt sie nicht die Angaben der Ärzte und der Umgebung, besonders über die zeitlichen Angelegenheiten. Ende Juli haben die Wahnerscheinungen nachgelassen.

7. VIII. Pat. vollständig orientiert, gewinnt immer mehr Interesse und Zutrauen für die Umgebung, schreibt viele Briefe an die Angehörigen.

10. VIII. Bietet einen vollständig normalen Gesichtsausdruck.

15. VIII. „Daß ich anfangs so mißtrauisch war, ist nur ein Hinweis auf meine Krankheit. Aus den Gesprächen der anderen Pat. und der Ärzte bezog ich alles auf mich, ich dachte, Sie können mich nicht leiden, jetzt bin ich ganz klar." — „Ursachen des Mißtrauens ?" — „Weiß ich nicht." — Stimmung: Gehoben, gut.

Am 27. VIII. wurde die Pat. als geheilt entlassen.

K a t a m n e s e: Januar 1909: Die Patientin ist seit Entlassung vollkommen gesund, sie leitet mit Erfolg ihre Schneiderei und hat Freude an der Arbeit.

Epikrise: *Eine hereditär belastete Frau bot von Kindheit an Symptome einer psychopathischen Konstitution, die sich in den Stimmungsschwankungen und in einer Neigung zur Selbstbeziehung äußerte. Unter der Wirkung der Überanstrengung und der gemütlichen Erregung hat sich im Klimakterium ein Depressionszustand entwickelt, welcher mit den paroxysmalen Angstanfällen und dem melancholischen Kleinheitswahn einherging. Zu der das Krankheitsbild beherrschenden Depression kam besonders im Anschluß an die mit starker Agitation verbundenen Angstzustände vorübergehende Heiterkeit, jedoch ohne die entsprechende Assoziationsstörung. Nachdem die melancholischen Symptome schon im Abklingen waren, wurde die Patientin der Umgebung gegenüber mißtrauisch, und es ist eine weitgehende Wahnbildung hervorgetreten, welche sich hauptsächlich in Beeinträchtigungsvorstellungen äußerte. Nach zweimonatiger Dauer haben sich auch diese Erscheinungen zurückgebildet, und die Psychose ging in Heilung über, was durch die Katamnese bestätigt ward.*

Man könnte bei einem derartigen Verhalten des Beziehungswahns von einer sekundären Paranoia sprechen, aber lediglich, wie es schon D i e c k h o f f betont hat, um die zeitlichen Beziehungen derselben zu der melancholischen Erkrankung zu betonen; denn die letztere ist bei der vorhandenen konstitutionellen Neigung zu den paranoiden Erscheinungen nur eine auslösende Gelegenheitsursache gewesen, und die eigentliche Quelle der Paranoia liegt in der psychopathischen Anlage. Demnach kann bei einer derartigen degenerierten Persönlichkeit, welche einmal nach der Melancholie eine paranoide Phase durchgemacht hat, ein anderes Mal eine ähnliche akute Wahnpsychose ebensogut

im Anschluß an eine beliebige äußere Schädlichkeit entstehen, ohne daß ein Depressionszustand vorausgegangen wäre. Überhaupt kann, wie es Thomsen (60) neuerdings ausgedrückt hat, bei dem manisch-depressiven Irresein z. B. nur eine Phase durch das Bild der akuten Paranoia ersetzt werden, was der „polymorphen Form“ des zirkulären Irreseins (Ziehen) entspricht. Es ist also überflüssig, diejenigen Krankheitsformen, bei welchen nur durch die Persistenz der im melancholischen Zustand entstandenen Wahnvorstellungen ein paranoides Nachstadium zustande kommt, und die Fälle, wo einmal eine Melancholie sich abgespielt hat, ein anderes Mal unabhängig von dieser sich eine typische Paranoia entwickelt, so streng auseinanderzuhalten, wie es z. B. Anglade (1) in seiner Klassifikation der „Délires systématisés secondaires“ vorgeschlagen hat. Zwischen dem „Ausgang“ eines Krankheitsbildes in das andere und der sukzessiven Kombination der Melancholie und Paranoia bei derselben Persönlichkeit existieren nur zeitliche Differenzen, welche von verschiedenen individuellen Momenten und den äußeren Faktoren zufällig abhängig sind.

Dementsprechend sind auch diejenigen Mischformen, wo die Wechselbeziehung der melancholischen und der paranoiden Erscheinungen ein entgegengesetztes Verhalten zeigt, in einer ähnlichen Weise derselben nosologischen Gruppe zuzurechnen. In dieser Richtung sind die Fälle zu erwähnen, in welchen, wie es Gluscze wski (18) und Vorkastner (67) mitgeteilt haben, nach einem akuten paranoiden Zustand von mehrwöchiger Dauer sich ein melancholisches Stadium entwickelt, worauf die Psychose in Heilung übergeht. Das depressive Bild soll sich von einer typischen Melancholie nur dadurch unterscheiden, daß die Residuen des paranoiden Stadiums noch zum Ausdruck kommen, und daß die Affektstörung manchmal nicht so stark ausgeprägt ist, wie man es nach dem starken Dominieren des Versündigungswahns erwarten könnte. Derartige Übergangsbilder hat Bleuler (4) mit dem Namen des „melancholischen Wahnsinns“ belegt und angegeben, daß dieselben in ein typisches melancholisches Zustandsbild ausgehen können. Diese Behauptung wird bestätigt durch den Verlauf derjenigen Erkrankungsformen, welche mit dem Zustande des „melancholischen Wahnsinns“ beginnen, wo also neben den akut paranoiden Erscheinungen, den Wahnvorstellungen und den Halluzinationen gleichzeitig eine melancholische Affektstörung hervortritt, so daß es sich in dem ersten Krankheitsstadium um das Bild der depressiven Varietät der akuten halluzinatorischen Paranoia von Ziehen (54) handelt.

Fall XVI. Frau Margarete Ka., 36 Jahre, Stationsdienersfrau.

Anamnese: Die Patientin soll immer eine Neigung zur Selbstbeziehung gezeigt haben. Am 21. III. 08 eine Geburt. Danach war die Patientin längere Zeit sehr leidend, sie hatte Schmerzen in der Steißgegend, geschwollene Füße und fühlte sich matt, so daß sie meistens zu Bett bleiben mußte und nur an Stöcken laufen konnte. Das Kind ist am 23. IV. an Krämpfen gestorben, wodurch die Pat. sehr erschüttert wurde. Am 20. VI., im Anschluß an einen Streit mit einer Nachbarin

welcher die Pat. das Fenster beim Waschen bespritzt haben soll, wurde die Pat. weinerlich; ein paar Tage später kam die Angst und Wahnvorstellungen. „Ich habe doch keine Schuld, daß ich das Fenster bespritzt habe.“ Die Pat. behauptete, sie hätte doch nichts getan, daß die Leute so über sie redeten. Anderseits äußerte sie, sie müsse Zerstreuung haben, da sie soviel durchgemacht hat, und verlangte nach Spazierengehen. Der Schlaf wurde inzwischen sehr schlecht, es kam eine andauernde Traurigkeit und dabei manchmal auch die Unruhe: „Ach, ich sterbe ja, ich werde nicht wieder gesund“, dann verlangte die Pat. nach Gift, denn sterben müßte sie ja doch. Als der behandelnde Arzt die Aufnahme in eine Anstalt beantragte, sagte die Pat.: „Ihr denkt wohl, ich bin verrückt; ihr wollt mich nach Dalldorf bringen.“

25. VI. Aufnahme in die Klinik.

Körperlicher Befund: An der Herzspitze leichtes systolisches Geräusch; am Nervensystem keine Veränderungen.

Psychischer Zustand: Die Pat. ist sehr unruhig und ängstlich, will sich aus dem Fenster stürzen; zeitlich und örtlich jedoch ziemlich gut orientiert; Sinnestäuschungen. „Ich bin immer aufgeregt, das ist mein Charakter, dafür kann ich nicht; aber ich habe stark entbunden, ziemlich Blutverlust gehabt, danach ist es noch schlimmer geworden.“ Beim Unterhalten rief sie ganz plötzlich: „Vater, komme mal her, Fräulein Beiermann, komme mal her; ich habe doch nichts getan, frage mal, ob ich alles bezahlt habe.“ — „Wovor Angst ?“ — „Gott, ich bin so beschlagen, ich kann doch auch nichts dafür, was Sie mich fragen.“ — Dann wiederholt: „Ach Vater, Vater, bin ich schlecht! Jetzt sagen die Leute, ich habe kein Gewissen.“ — „Wer hat das gesagt ?“ — „Na, wenn ich falsch bin, habe ich kein Gewissen; ich höre doch, daß die Frau hier mich schlecht macht.“ — „Wer tut das ?“ — „Vater, hilf mir doch, ich soll hier antworten, und ich bin nicht bei der Sache.“ — „Vorwürfe ?“ — „Kann nicht sprechen, weil ich durch und durch krank bin, ich will doch gesund werden. Ich denke doch, daß ich nicht schlecht bin, ich habe soviel gearbeitet.“ — „Verarmt ?“ — „Zu essen habe ich, ich habe einen guten Mann. Man ist noch nie vor dem Richter und im Gefängnis gewesen, und jetzt denke ich doch, daß das Zuchthaus drauf kommt. Ich höre doch andere Leute.... Ist das mein Vater, der da liegt ?“ — „Wo sehen Sie ihn denn ?“ — „Ich höre seine Stimme. Mein Vater.... meine ganze Familie mache ich unglücklich (weint mit spärlichen Tränen), mir hilft weiter nichts wie der Tod. Nun muß man hier so aushalten; so kann es einem gehen, aufrichtig zu jedem Menschen gewesen; ich dachte, die Leute sind auch so aufrichtig.“ — „Haben die Leute etwas gegen Sie ?“ — „Nein, die Gedanken, ich kann nicht dafür, ich will sterben.“ — Die Pat. ruft fortwährend den Vater und bittet denselben um Hilfe; dabei ruft sie mit Verzweiflung: „Nein, nein, nein.“ — „Hören Sie Stimmen ?“ — „Ja.“ —

30. VI. Intelligenzprüfung nicht ausführbar. Die Pat. will vergiftet werden, singt fromme Lieder. Auf Befragen dieselben ängstlichen Antworten wie früher. Im Bett liegt sie mit geschlossenen Augen und gefalteten Händen, mit den Armen werden Zitterbewegungen ausgeführt. „Vater, vergib ihnen, denn sie wissen nicht, was sie tun. Es ist bestimmt in Gottes Rat....“ Oft tränenloses Weinen.

7. VII. Als eine andere Pat. einen schlechten Brief geschrieben hat und derselben dies gesagt wurde, hat die Pat. das auf sich bezogen und sagte: „Ich bin es gewesen, ich bin schuld.“ Geht dann plötzlich aus dem Bett heraus: „Ich will in den Gerichtssaal, ich will alles gestehen, was ich gemacht habe.“

12. VII. Unruhig, verweigert die Nahrungsaufnahme.

17. VII. „Ja, die Reue kommt zu spät.“ — „Worüber ?“ — „Über mein Kind, ich sollte das ermordet haben.“ — „Wer sagt das ?“ — „Die Stimmen.“ — Fortwährend depressiv ängstlich, liegt fast stets mit geschlossenen Augen. Auf Suggestion werden dieselben geöffnet. Örtlich und zeitlich gut orientiert.

23. VII. Bittet noch immer um Hilfe. „Weswegen ?“ — „Na, ich habe doch mein Kind gemartert.“ — „Wer sagt denn das ?“ — „Sie sagen es und alle hier. Ich soll verurteilt werden.“

Anfang August hat die Angst nachgelassen. Die Pat. ist aber noch deprimiert.

Anfang September nimmt die Depression ab. Die Pat. fühlt sich besser, nur noch etwas matt. „Ich habe immer alles auf mich bezogen, was die Leute sprachen, taten und gedacht haben; alles war über mich.“

28. IX. Zeigt noch abnorme Gemütsempfindlichkeit. Beim Singen des Liedes: „Da, wo die ewige Liebe ist, gibt es keine Tränen und Weinen“, fängt sie an, ausdrucksvoll zu weinen: „Ich nehme mir das so zu Gemüt.“

2. X. Die Besserung macht Fortschritte, Pat. zeigt ein normales Verhalten.

29. X. Retrospektive Anamnese: Die Aufregungen bei dem Streit mit der Nachbarin, der der Erkrankung voraufging, hält jetzt die Pat. für krankhaft: „Der Grund war ja nicht der Rede wert.“ Die Pat. hat jetzt keine Beschwerden, glaubt, daß sie geheilt ist. Stimmung mehr lustig. „Weshalb um Hilfe gerufen?“ — „Aus Angst, die am Tage der Einlieferung am stärksten war.“ — Als gebessert entlassen.

4. II. 09. Katamnese: Auf Wunsch der Klinik stellte sich die Pat. poliklinisch vor und hat sich als genesen erwiesen.

Epikrise: *Die Pat. zeigte schon vor der Erkrankung die Neigung, alles auf sich zu beziehen, und ist leicht aufregbar gewesen. Nach einem schweren Puerperium unter der Mitwirkung der affektbetonten Erlebnisse (Tod des Kindes) ist eine ängstliche Verstimmung entstanden, und gleichzeitig kam als eine Steigerung der konstitutionellen paranoiden Tendenz ein Beziehungswahn zum Vorschein, welcher mit den Halluzinationen einherging; außerdem wurden typische melancholische Kleinheitsvorstellungen in Form des Versündigungswahns geäußert. Die Angst gab einen Anlaß zu einem lebhaften wahnhaften Vorstellungsverlauf, welcher sich zeitweise bis zur leichten Ideenflucht steigerte, ein anderes Mal sogar einige Inkohärenzerscheinungen dargeboten hat. Dadurch sind vorübergehende Bilder, in welchen einerseits die ängstliche Depression, anderseits aber die Andeutungen der Ideenflucht (manchmal die Inkohärenz) und der Beziehungswahn vorhanden waren, entstanden; symptomatisch könnte man hier von einer simultanen Kombination der melancholisch-manischen und der paranoiden Erscheinungen sprechen. Die schweren ängstlichen Erscheinungen haben nach sechswöchiger Dauer nachgelassen. Der Beziehungswahn hat sich etwas später zurückgebildet; danach aber hat die Depression noch einen Monat bestanden. Nach 3—4 Monaten ist eine Heilung eingetreten.*

Diese Erkrankungsform, bei welcher die im Stadium einer akuten Wahnpsychose aufgetretenen Affekt- und Assoziationsstörungen nach ihrem Abklingen zeitweise verbleiben und eine neue Krankheitsphase verursachen, bildet eine Analogie zu derjenigen Verlaufsart der funktionellen Psychosen, wo die im Depressionszustand entstandenen paranoiden Wahnbildungen sich zu einem paranoiden Nachstadium der Melancholie gestalten. Einen Gegensatz zu dieser direkten Nacheinanderfolge der paranoiden Zustände und der melancholischen Phase bietet der interessante von Forster (15) beschriebene Kranke, welcher an einer Melancholie erkrankte, nachdem er 20 Jahre früher einen akuten paranoiden Zustand durchgemacht hatte. Bei der epikritischen Beurteilung des Falles betonte Forster, daß es sich nicht um Zustände des manisch-depressiven Irreseins, aber auch wahrscheinlich nicht um zwei ganz verschiedene Psychosen handeln kann, sondern um eine degenerative Persönlichkeit, und daß die psychopathische Konstitution sich einerseits in gewisser Richtung steigern und paranoide Erscheinungen geben kann, anderseits einen günstigen Boden für die Entstehung einer abgeschlossenen Melancholie bietet.

Bei einer angeborenen Neigung zum Beziehungswahn entstehen nicht nur die vorübergehenden akuten Wahnpsychosen, sondern es kann sich auf diesem Boden eine progressive unheilbare intellektuelle Psychose, die chronische Paranoia, entwickeln. Mit Rücksicht auf die ungünstige Verlaufsart der letzteren ist Kräpelin für die nosologische Sonderstellung einer Psychose, bei welcher „sich ganz langsam ein dauerndes unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln entwickelt", eingetreten. Bleuler (3) hat ebenfalls die „Verrücktheit" von den affektiven Zuständen und von dem „Wahnsinn" abgegrenzt; derselbe Standpunkt wird von Birnbaum (6) vertreten, welcher die vorübergehenden Wahnbildungen der Degenerierten dem „délire chronique" Magnans gegenüberstellen will. Dagegen behauptet Ziehen, daß zwischen der heilbaren Wahnpsychose und der chronischen Verrücktheit eine Verwandtschaft besteht; denn erstens kann sich manchmal die letztere Erkrankungsform aus einer akuten Paranoia entwickeln, zweitens werden im Verlaufe der chronischen Paranoia akute interkurrente Exazerbationen beobachtet. Unter besonderer Betonung dieser beiden klinischen Tatsachen, nämlich des akuten Beginns und der akuten „Schübe" der chronischen Paranoia, hat sich Thomsen (60) der letzten Ansicht angeschlossen und sich gegen die Sonderstellung der chronischen Paranoia ausgesprochen. Specht (54a) hat neuerdings mit Nachdruck hervorgehoben, daß Heilungen und Besserungen bei der chronischen Paranoia beobachtet werden; dadurch muß das prognostische Moment, welches für die Kräpelinsche Auffassung der Verrücktheit entscheidend war, seine nosologische Bedeutung verlieren.

Aber es ist von der Frage nach der Abgrenzung der Paranoia ganz unabhängig, und es unterliegt keinem Zweifel, daß die chronische Paranoia, trotz ihres eigentlichen chronischen Verlaufes, sich auf demselben degenerativen Boden der paranoiden psychopathischen Psychosen wie der akuten heilbaren Wahnsinnformen entwickelt, was auch viele Kräpelinsche Schüler annehmen. Wenn aber, wie es übrigens Kräpelin selbst zugegeben hat, bei der Entstehung der chronischen Paranoia im Vordergrunde die krankhafte Veranlagung steht, und auf eine endogene Ursache auch das manisch-depressive Irresein zurückzuführen ist, so ist es verständlich, daß im Verlaufe der chronischen Paranoia oder vor der Entwicklung derselben ebenso wie bei der akuten Wahnpsychose die manisch-melancholischen Symptome vorkommen können, z. B. eine interkurrente Manie, wie sie Mönkenmöller (41a) beschrieben hat, sich entwickelt. Zuletzt hat Thomsen darauf hingewiesen, daß die chronische Paranoia manchmal durch ein unbestimmtes depressives Gefühl, resp. durch einen „psychischen Druck, der die Lebenslust und Arbeitsfreude lähmt, trübe Gedanken und Mutlosigkeit hervorruft", eingeleitet wird. Manchmal kann sich vor dem Eintreten eines paranoischen Zustandes, welcher sich durch die Verfolgungs- und

Größenvorstellungen und einen exquisit chronischen Verlauf auszeichnet und keine Demenz zufolge hat, eine melancholische Phase abspielen, wie es Wernicke (61) und Séglas (50) hervorgehoben haben. Siefert (52) hat einen Fall beschrieben, wo nach einer hypochondrischen Melancholie sich das Bild einer chronischen Paranoia entwickelt hat, und versucht, die Frage des „aszendierenden Verlaufs" unter Verzicht auf die klinische Deutung dieser Krankheitsform vom anatomischen Standpunkte durch die Verbreitung eines lokalen heilbaren Hirnprozesses, welcher dem melancholischen Symptomenbilde entspricht, in eine diffuse Rindenerkrankung, welche unter Wahnbildung und Halluzinationen einhergeht, zu erklären.

Die Frage nach der Beziehung der Affekt- und Assoziationsstörung zum Aufbau der chronischen Paranoia wurde in ein ganz neues Licht durch die Arbeiten von Specht (54) gestellt. Bevor noch die Lehre von manisch-depressiven Mischzuständen zur Erklärung der Krankheitsbilder so ausgiebig, wie es in der letzten Zeit geschah, angewandt wurde, hat Specht versucht, die chronische Paranoia auf den pathologischen Affekt des Mißtrauens, welcher aus einer Mischung der Lust- und Unlustgefühle bestehen soll, zurückzuführen. Weygandt (62) und Kräpelin (33) hatten festgestellt, daß bei einem typischen Umschlag einer depressiven Phase des manisch-depressiven Irreseins in das manische Stadium die melancholischen Störungen des Fühlens, Denkens und Wollens nicht gleichzeitig in die entsprechenden manischen Symptome übergehen brauchen. Sie haben angenommen, daß die drei Gebiete der psychischen Tätigkeit voneinander bis zu einem gewissen Grade unabhängig sind, als Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins derartiger Krankheitsbilder aufgefaßt, in welchen z. B. die melancholische Affektstörung mit der manischen Denkstörung und dem Bewegungsdrange verknüpft ist, und welche auch selbständig (ohne daß z. B. eine depressive Phase vorausgeht) auftreten können. Dagegen hat Specht angenommen, daß in ein und demselben Krankheitsbilde eine Koexistenz der entgegengesetzten Störungen auf dem Gebiete derselben psychischen Funktion, z. B. eine Kombination der Depression mit der Exaltation, vorkommen kann. Dementsprechend will er, nachdem die akute heilbare Paranoia von Kräpelin (34) und Wilmanns (64) aus den klinischen Gesichtspunkten hauptsächlich zum manisch-depressiven Irresein zugerechnet wurde, auch die chronische Paranoia auf diese eigentümliche Kombination der manisch-depressiven Symptome zurückführen, und in dieser Weise wird auch die scharfe von Kräpelin für die chronische Verrücktheit konstruierte Grenze nicht mehr anerkannt. Während also bisher die konstitutionelle Verwandtschaft der affektiven Erscheinungen und der paranoiden Tendenz, die Zugehörigkeit der manisch-melancholischen Zustandsbilder und der Paranoia zu derselben nosologischen Gruppe der endogenen affektiv-paranoiden Irreseinsformen resp. die Möglichkeit einer simultanen Kombination derselben auf dem Boden der psychi-

schen Degeneration hervorgerufen hatte, haben wir in der Auffassung von Specht einen Versuch, die Wahnpsychosen genetisch von Affekt- oder Assoziationsstörungen, also von manisch-melancholischen Erscheinungen, abzuleiten.

Eine derartige Fragestellung konnte nicht ohne eine Erwiderung bleiben. So hat Bleuler (3) beweisen wollen, daß das Mißtrauen nicht aus der Mischung des Lust- und Unlustgefühls entsteht und überhaupt kein Affekt, sondern ein intellektueller, manchmal von dem negativen Gefühlston begleiteter Vorgang ist, und daß man die chronische Paranoia als eine Verstandespsychose auffassen muß. Wenn man einerseits von den typischen Bildern der chronischen Paranoia, bei welchen keine allgemeinen Affektstörungen nachzuweisen sind, anderseits auch von der Streitfrage nach dem Wesen des Mißtrauens absieht, so spricht gegen die Annahme von Specht die Tatsache, daß in vielen „Übergangsbildern" der Melancholie zur Paranoia außer dem Mißtrauen keine Beimischungen der manischen Erscheinungen zu den melancholischen Störungen, z. B. keine hypomanische „Ungebundenheit des Denkens", welche nach Specht zur Entstehung des produktiven Wahns nötig sein soll, vorhanden ist; so kann, wie der Fall IV zeigt, ein paranoider Beziehungswahn bei dem Bestehen einer melancholischen Assoziationshemmung sich entwickeln. Überhaupt widerspricht die Annahme, daß der hypomanische Vorstellungsverlauf, bei welchem die leitende Rolle der Dominant- oder Zielvorstellungen (Liepmann) abgeschwächt ist, eine pathogenetische Wirkung beim Entstehen des Beziehungswahns spielen soll, unseren Anschauungen über das Wesen der Paranoia. Denn bei einer Tendenz zum Beziehungswahn besteht eben das entgegengesetzte Verhalten wie bei der „Ungebundenheit des Denkens", nämlich eine besonders günstige Konstellation für einen bestimmten Vorstellungskomplex, welcher im Assoziationsverlauf die dominierende Rolle spielt. Wenn also in manchen Fällen der Paranoia Affekt- und Assoziationsstörungen aufzutreten pflegen, so stehen sie in keinem Zusammenhange mit der Bildung des Beziehungswahns, sondern sie modifizieren nur das Krankheitsbild. Es können deshalb bei den kombinierten melancholisch-paranoiden Formen nicht nur einige affektiv-manische Einschläge, wie z. B. eine vorübergehende Heiterkeit trotz der fortbestehenden Hemmung, auftreten (Fall XVII), sondern auch eine Kombination der Depression mit der Andeutung der Ideenflucht kann beobachtet werden (Fall XVIII). Aber diese Erscheinungen sind Mischzustände im Sinne Weygandts, d. h. sie werden durch eine Verknüpfung der manischen oder der melancholischen Affektstörung mit einer entgegengesetzten Denkstörung gebildet und nicht durch eine gleichzeitige Mischung der entgegengesetzten Affektanomalien, der Lust mit der Unlust, oder derAssoziationsstörungen, der partiellen Hemmung mit dem hypomanischen Vorstellungsverlauf, was Specht (24a) für die Entstehung der Paranoia verantwortlich machen wollte. Außerdem sind die erwähnten Stimmungsschwankungen gar nicht

konstant bei den Übergangsbildern vorhanden; dieselben können ebensogut bei den reinen Formen der Melancholie, wo es nicht zur paranoiden Wahnbildung kommt, auftreten.

Die Betrachtung unserer Fälle hat uns veranlaßt, die mannigfachen Wechselbeziehungen zwischen der Melancholie und der Paranoia auf die Lehre von den psychopathischen Konstitutionen zurückzuführen und anzunehmen, daß in den breiten Rahmen des endogenen Irreseins, der degenerativen funktionellen Psychosen, Krankheitsformen vorkommen, bei welchen melancholische Affekt- und Assoziationsstörungen sich mit dem paranoiden Beziehungswahn verknüpfen. Es muß aber hervorgehoben werden, daß eine besondere Schwierigkeit besteht, derartige funktionelle Zustände von Bildern einer Defektpsychose zu unterscheiden. Im Beginn der Dementia praecox können melancholieähnliche Depressionszustände oder eine anscheinend akute Paranoia auftreten, wobei weder ein Defekt der kombinatorischen Assoziationstätigkeit nachzuweisen ist, noch die charakteristische Apathie, die Stereotypien und andere hebephrenische Symptome vorhanden sind; dabei können die Remissionen, welche nicht selten lange dauern, eine Heilung vortäuschen. Ziehen (71) hat deshalb ausdrücklich betont, daß besonders die paranoiden Wahnvorstellungen der hereditären Psychopathen den Krankheitsbildern der Dementia paranoides außerordentlich ähnlich sind, so daß „in diesen Fällen unsere Diagnostik noch nicht stets zu sicheren Schlüssen ausreicht". Bleuler (4a) hat neuerdings ebenfalls darauf hingewiesen, daß die wahnhaften Einbildungen der Degenerierten, wie sie Birnbaum (6) beschrieben hat, sich von der Dementia praecox nicht abgrenzen lassen; desto schwieriger gestaltet sich die Differentialdiagnose bei den uns interessierenden Krankheitsformen, wo entweder eine gleichzeitige Kombination der melancholischen Erscheinungen mit dem Beziehungswahn vorliegt, oder ein Übergang des depressiven Bildes in eine Wahnpsychose stattfindet, oder wenn zwischen der Melancholie und dem Ausbruch der Paranoia eine Phase mit normalem psychischen Verhalten liegt. Denn der seinerzeit von Neumann geschilderte „typische" Verlauf der psychischen Erkrankungen, in welchen nach einer Gemütsverstimmung sich intellektuelle Störungen entwickeln, findet, wie die neueren Forschungen ergeben haben, hauptsächlich bei den Defektpsychosen, welche in die Verblödung ausgehen, statt. Deshalb ist es selbstverständlich, daß wir in der Literatur zwischen den angeblichen „Übergangsformen" der Melancholie zur Paranoia viele Fälle der Hebephrenie finden. Es gehören wahrscheinlich zu dieser Kategorie die beiden Kranken von Nasse (42), bei welchen nach einem längeren Bestehen der affektiven Symptome eine plötzliche Umbildung in einen halluzinatorischen wahnhaften Zustand stattgefunden hat, wie auch viele von den „zahlreichen chronischen Fällen", welche in den Pflegeanstalten sich befinden und nach Nasse als Folgen eines stufenweisen Übergangs

der Melancholie in die Paranoia anzusehen sind. Was die interessante Abhandlung von S c h l ö ß anbetrifft, so handelt es sich bei seinem ersten Fall um eine auf dem Boden der psychopathischen Konstitution entstandene und durch ein paranoides Nachstadium komplizierte Melancholie. Dagegen sind die zwei andern Krankheitsbilder von S c h l ö ß (48) sowie auch die von B r a s s e r t (5a) als „postmelancholische Paranoia" beschriebenen, „deren Übergang in eine Demenz als Regel angesehen werden muß", soweit man nach den Krankengeschichten urteilen darf, als die Zustände der Dementia praecox zu betrachten.

Demnach sind die Misch- und Übergangsformen der Melancholie zur Paranoia viel enger aufzufassen, als es zu jener Zeit geschah, als die mannigfachen Erscheinungsformen und Verlaufsarten der Dementia praecox nicht entsprechend bekannt waren.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Rat Professor Z i e h e n , erlaube ich mir, für die Anregung zu dieser Arbeit und für die vielfache Förderung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Anglade, Les délires systématisés second. Gazette hebdomaire 1899. Zitiert nach Vorkastner.
2. Baillarger, Une classification des différents genres de la folie. 1883. Recherches sur les maladies mentales. 1890.
3. Bleuler, Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. 1906.
4. Derselbe, Über periodischen Wahnsinn. Psychiatr. Neurolog.-Wochenschrift, Jahrg. IV, 1902, Nr. 11.

4a. Derselbe, Die wahnhaften Einbildungen der Degenerierten. Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie, Bd. XXXII, 1909, Nr. 3.

5. Binswanger, Allgemeine Psychiatrie im „Lehrbuch". Zweite Auflage. 1907.

5a. Brassert, Sekundäre Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 52, 1896.

6. Birnbaum, Die Psychosen mit Wahnbildung bei Degenerativen. Halle b. Marhold, 1908.
7. Cotard, Études sur les maladies cérébrales et mentales 1891.
   a) Du délire des négations. 1882.
   b) La perte de la vision mentale dans la mélanc. anxieuse. 1884.
   c) Le délire d'énormité. 1888.
8. Dény et Camus, La psychose maniaque-dépressive. 1907.
9. Dieckhoff, Die Psychosen bei psychopathisch Minderwertigen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 55, 1899.
10. Dumas, Les états intellectuels dans la mélancholie. Thèse de Paris 1894.
11. Derselbe, La tristesse et la joie. Revue philosophique 1896.
12. Dreyfuß, Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. 1907.
13. Fauser, Zur Kenntnis der Melancholie. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Bd. XXIX, 1906.
14. Forster, Über die Affekte. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XIX, 1906.
15. Derselbe, Melancholie, Charitéannalen, Bd. XXX, 1906.
16. Friedmann, Entstehung der Wahnideen. Monatsschr. f. Psychiatrie, Bd. I, 1897.
17. Derselbe, Die neurasthenische Melancholie. Ebenda, Bd. XV, 1904.
18. Gluszczewski, Die Wahnideen der Melancholiker. Inaug. Diss. Marburg 1904.
19. Ganouchkhine et Soukhanoff, Étude sur la mélancholie. Annales médico-psychologiques, Bd. LXI, 1903.
20. Gaupp, Zur Frage der kombinierten Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. XXVI, 1903.
21. Grashey, Zur Genese der affektiven Wahnideen. III. Kongreß für Psychologie. Ref. v. Liepmann, Monatsschr. f. Psych., Bd. I, 1897.
22. Griesinger, Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. 1844.

23. Heilbronner, Progressive Zwangsvorstellungspsychosen. Monatsschr. f. Psych., Bd. V, 1899.
24. Derselbe, Zur Psychopathologie der Melancholie. Ebenda, Bd. XXII, 1907.
25. Heller, Die Wahnideen bei Melancholie. Inaug. Diss. Marburg 1898.
26. Hübner, Klinische Studien über die Melancholie. Archiv f. Psych., Bd. XLIII, 1908.
27. Juliusburger, Zur Symptomatologie der Melancholie. Monatsschr. f. Psych., Bd. XVII, 1905.
28. Derselbe, Über Pseudomelancholie. Ebenda, und Zentralbl. für Nervenheilk. u. Psych., Bd. XXIX, 1906.
29. Kölpin, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Archiv für Psych., Bd. XXXIX, 1905.
30. Knapp, Allopsychische Manien. Monatsschr. f. Psych., Bd. XXII. 1908.
31. Krafft-Ebing, Die Melancholie. 1874.
32. Kräpelin, Klinische Stellung der Melancholie. Monatsschr. f. Psych., Bd. VI, 1899.
33. Derselbe, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Aufl. 1903—1904.
34. Derselbe, Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. XXIX, 1906.
35. Lange, Über Gemütsbewegungen. Deutsch von Kurella. 1887.
36. Liepmann, Die Wahnideen. Handbuch der Sachverständigen-Tätigkeit. 1908.
37. Lipschütz, Die Ätiologie der Melancholie. Monatsschr. f. Psych., Bd. XVIII. 1905.
38. Loewenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen. 1904.
39. Magnan, Léçons cliniques sur les maladies mentales. 1891.
40. Masselon, La mélancholie. 1906.
41. Morel, Traité des maladies mentales. 1860.
41a. Mönkenmöller, Kombinierte Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, 1901.
42. Nasse, Über plötzliche Umbildung einer psychischen Krankheitsform. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 44, 1888.
43. Pfersdorff, Intestinale Wahnideen beim manisch-depressiven Irresein, Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 27, 1904.
43a. Derselbe, Eine Form der Depression bei Dementia praecox. Ebenda 1905, Bd. 28.
44. Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. 1904.
45. Ribot, La logique des sentiments. 1906.
46. Roubinovitch et Toulouse, La mélancholie. 1897.
47. Schüle, Klinische Psychiatrie. 1886.
48. Schlöß, Die Beziehungen zwischen der Melancholie und Verrücktheit. Jahrbücher f. Psych., Bd. XIV, 1896.
49. Séglas, Délire des négations. 1895.
50. Derselbe, Délire systématique primit. d'autoaccusation. Archives de neurologie. Vol. VII, 1899.
51. Derselbe, L'évolution des obséssions et leur passage au délire. Ebenda, Vol. XV. 1903.
52. Siefert, Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Archiv f. Psych., Bd. 39, 1905.
53. Specht, Hysteromelancholie, Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 28. 1905.
54. Derselbe, Pathologischer Affekt in der chronischen Paranoia. 1901. Zitiert nach Bleuler.
54a. Derselbe. Die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. 31, 1908.
55. Störring, Vorlesungen über Psychopathologie. 1900.
56. Stransky, Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 63, 1906.

57. Stumpf, Über Gefühlsempfindungen. Zeitschr. f. Psycholog., Bd. 44, 1907.
58. Thalbitzer, Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, 1905.
58a. Derselbe, Die manio-depressive Psychose. Archiv für Psych., Bd. 43, 1908.
59. Traité de pathologie mentale, par G. Ballet. Paris 1903.
60. Thomsen, Wahnbildung und Paranoia, Mediz. Klinik. 1908, Nr. 35.
61. Wernicke, Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl. 1906.
62. Weygandt, Die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München 1899.
63. Westphal, A., Melancholie. Lehrbuch von Binswanger und Siemerling. 2. Aufl. 1907.
64. Wilmanns, Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Bd. XXX, 1907.
65. Wollenberg, Nosologische Stellung der Hypochondrie. Ebenda, Bd. 28. 1905.
66. Verworn, Die Vorgänge in den Elementen des Nervensystems. Zeitschr, f. allgem. Physiologie, Bd. VI, 1906.
67. Vorkastner, Pseudomelancholische Zustände. Monatsschr. f. Psych., Bd. XXVII, 1905.
68. Ziehen, Schwierigkeiten in der Gruppierung der Geisteskrankheiten. Ebenda, Bd. 15, 1904.
69. Derselbe, Klassifikation und Methodik der Psychosen. Ebenda, Bd. 22, 1908.
70. Derselbe, Erkennung und Behandlung der Melancholie. 2. Aufl. 1907.
71. Derselbe, Die Lehre von den psychopathischen Konstitutionen, Charité-Annalen, Bd. XXIX—XXXII.
72. Derselbe, Klinische Stellung der Angstpsychose. Sitzungsbericht, Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 64, 1907.
73. Derselbe, Psychiatrie. 3. Aufl. 1908.
74. Derselbe, Vorstellungsverlauf in der Paranoia, Archiv f. Psych., Bd. XXIV, 1892.
